This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N33 .F75 1898 STOR
Traite de la syphilis / Redige d'apr
24503323703

LANE

MEDICAL LIBRARY

Dr. Emmet Rixford's Library.

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

PAR

le Professeur Alfred FOURNIER

Rédigé, d'après l'enseignement de l'Hôpital Saint-Louis, par

EDMOND FOURNIER

Licencié ès sciences, Interne des hôpitaux.

PÉRIODE PRIMAIRE — PÉRIODE SECONDAIRE

FASCICULE I

PARIS

RUEFF ET Cie, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1898

Tous droits réservés.

8122-97. — Corbeil. Imprimerie Ed. Crété.

WB
F75
V.1
1898

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

I

DÉFINITION. — CARACTÉRISTIQUE GÉNÉRALE DE LA MALADIE.

La syphilis ne sera susceptible d'une définition véritable, au sens exact de ce mot, que le jour où l'agent pathogène dont elle procède sera connu, isolé, déterminé. Quant à présent, dans l'ignorance absolue où nous sommes encore de ce mystérieux agent, nous ne pouvons mieux faire, à défaut d'une définition impossible, que d'essayer de caractériser la maladie à grands traits par une énumération de ses attributs principaux, en disant :

La syphilis est une maladie spécifique de caractère infectieux ; — exclusivement propre à l'espèce humaine ; — importée dans l'organisme par contagion ou par hérédité ; — chronique d'évolution et indéfinie comme durée ; — essentiellement intermittente comme manifestations ; — et constituée par une innombrable série de symptômes ou de lésions qui peuvent, sous des formes naturellement très diverses et naturellement aussi très variables comme gravité, intéresser tous les systèmes de l'économie.

Dans sa modalité la plus usuelle (dite Syphilis acquise), elle comporte ou peut comporter quatre ordres de déterminations morbides, à savoir :

1° Comme accident d'origine (celui-ci ne faisant jamais défaut), une lésion locale, se produisant toujours au point même où a pénétré le contage ; — lésion dite **chancre syphilitique** ; — lésion toujours flanquée d'une adénopathie de voisinage, dite bubon satellite.

2° Comme accidents immédiatement ultérieurs et non moins constants dans l'évolution naturelle de la maladie, manifestations multiples et variées, faisant explosion dès la sixième ou septième semaine

87149

de l'infection ; — se succédant à termes rapprochés au cours des deux premières années, parfois même au delà ; — très souvent similaires d'un sujet à un autre ; — et consistant surtout (à ne parler que des plus communes) en éruptions cutanées de caractère disséminé, érosions ou ulcérations des muqueuses, alopécie, adénopathies éparses, troubles nerveux, etc.

Le propre de ces manifestations — surtout par contraste avec celles d'une étape chronologiquement plus distante du chancre — est de consister en des lésions *superficielles*, ne faisant, pour ainsi dire, qu'effleurer les tissus, *résolutives*, c'est-à-dire s'effaçant sans dommage, et, au total, *bénignes*.

Leur ensemble constitue ce qu'on appelle la **période secondaire** de la syphilis ou, abréviativement, la syphilis secondaire.

3° Au delà, s'ouvre une période chronologiquement illimitée, dite **période tertiaire**, où la maladie n'existe plus que sous forme d'une *infection latente*, à réveils éventuels largement espacés, à explosions inattendues qui, pouvant se produire *à toute date*, semblent ne reconnaître comme règle que l'irrégularité même, en tout cas souvent tardives, voire parfois très tardives, au point d'attester de la sorte une *longévité* possible de l'infection n'ayant pour terme que le terme même de la vie.

Susceptibles d'affecter absolument tous les systèmes organiques, les manifestations de cet ordre impriment naturellement à l'étape tertiaire une physionomie très différente, très disparate d'un sujet à un autre. Chez l'un, par exemple, elles s'accuseront par des tumeurs, auxquelles on donne le nom de gommes ; — chez un autre, elles s'en prendront à la peau ou au tégument muqueux ; — chez tels autres, elles intéresseront le cerveau ou la moelle, ou bien les os, ou bien le foie, les reins, les yeux, le larynx, le poumon, le cœur, le rectum, etc.

En tout cas, les manifestations de cette étape tardive de la maladie diffèrent essentiellement de celles de l'étape secondaire, et cela en ce qu'elles sont : *parenchymateuses*, c'est-à-dire non plus bornées à la surface des tissus, mais les intéressant dans leur intimité, dans leur profondeur ; — *désorganisatrices*, c'est-à-dire aboutissant à la destruction des tissus par ulcération, sclérose ou atrophie ; — par conséquent, toujours importantes, sérieuses, souvent *graves*, parfois très graves, et cela jusqu'à compromettre ou la vie d'un organe ou la vie d'un individu. A parler net, la syphilis tertiaire est souvent mortelle.

4° Enfin, indépendamment de ces trois ordres d'accidents qui lui sont propres et exclusivement propres, la syphilis sert encore d'origine à tout un groupe d'autres affections auxquelles on a donné le nom d'**affections parasyphilitiques**.

Celles-ci se différencient des précédentes par deux grands caractères : 1° en ce que la syphilis n'en est pas la cause unique, exclusive, nécessaire ; — 2° en ce qu'elles n'obéissent pas comme les affec-

tions syphilitiques vraies à certains agents thérapeutiques (mercure et iodure de potassium) qui, en raison de leur action étonnamment intense sur la maladie, ont reçu le nom de « spécifiques » de la syphilis, d'antisyphilitiques.

Et néanmoins ce serait faire œuvre de mauvais clinicien que de les exclure du cadre de la syphilis. Car, « si elles ne sont pas syphilitiques de nature, elles n'en restent pas moins syphilitiques d'*origine*. Syphilitiques d'origine en ce sens qu'elles sont issues, nées de la syphilis, qu'elles se produisent de son fait, sous son influence, chez les malades qui en sont atteints et qui, vraisemblablement, leur auraient échappé s'ils n'avaient eu en eux le germe de la syphilis (1) ».

Je le répète à dessein, distraire du dossier de la syphilis qui leur sert de facteur originel les affections parasyphilitiques, ce serait se condamner actuellement à ne donner de la maladie qu'une description très incomplète, très insuffisante, et absolument tronquée. Car, d'une part, les affections de cet ordre sont des plus communes chez les sujets syphilitiques ; des plus communes, au point, par exemple, que le tabes se place comme fréquence au *second rang* des accidents possibles du tertiarisme (2) ; — et, d'autre part, en raison de leur résistance au traitement qui guérit usuellement la syphilis, ces affections parasyphilitiques ajoutent à la maladie une gravité qu'il n'est malheureusement pas d'exagération à qualifier de considérable.

Dire que le tabes et la paralysie générale constituent les types les plus usuels de ce groupe suffira à légitimer ce dernier point. Si bien qu'il n'est plus à méconnaître aujourd'hui cette vérité, que *le pronostic de la syphilis, dans ce qu'il a de plus sérieux et de plus irrémédiable, réside dans les affections parasyphilitiques.*

A cette esquisse très sommaire de la maladie si nous ajoutons maintenant : que la syphilis est une affection éminemment *contagieuse* et à ricochets faciles ; — qu'elle n'affecte pas seulement l'individu

(1) A. Fournier, *Les affections parasyphilitiques*, 1894.

(2) Voici, en effet, ce que m'a fourni, comme *fréquence relative des manifestations du tertiarisme*, le dépouillement de 4.000 cas d'accidents tertiaires observés sur des malades de la ville. — Pour la facilité du parallèle, j'ai ramené au pourcentage les chiffres de mes relevés :

Syphilides cutanées	31,8	p. 100.
Tabes	16,9	—
Syphilis cérébrale	15	—
Lésions osseuses	11,4	—
Gommes	6,3	—
Sarcocèle	6,1	—
Glossites tertiaires	5,7	—
Lésions tertiaires du voile palatin	5	—
Paralysie générale	4	—
Lésions osseuses des fosses nasales	3,4	—
Lésions osseuses du palais	2,5	—
Etc., etc...		

pour toute la durée de la vie, mais qu'elle le poursuit ou peut le poursuivre *héréditairement* dans sa postérité ; par conséquent, qu'elle attente à la famille et à l'espèce ; — qu'en outre elle exerce sur le *produit de conception* une influence des plus pernicieuses et des plus meurtrières, au point que les enfants qu'elle touche succombent avant ou après leur naissance pour une énorme proportion ; — qu'enfin, née il y a quatre siècles, elle n'a pas encore trouvé de barrière à ses envahissements dans les perfectionnements hygiéniques et administratifs des sociétés modernes ; — de ces diverses considérations il ressortira en toute évidence une notion de *gravité* qui constitue le complément indispensable d'une caractéristique de la maladie. La syphilis, en effet, ne craignons pas de le répéter, est *grave*, non pas grave inexorablement pour chaque cas particulier, mais grave d'une façon générale, et cela tout à la fois pour l'individu, pour la famille, et pour la race.

On a dit justement qu'elle « comporte à la fois et des dangers de personne et un danger social ». Un illustre hygiéniste n'a pas craint de la qualifier du nom de « peste moderne ». Un autre a écrit : « Tuberculose, alcoolisme et syphilis, voilà les trois grands fléaux des sociétés modernes. »

A ce titre, elle intéresse ou devrait intéresser presque également et les médecins, et les hygiénistes et les pouvoirs publics.

La science qui traite de toutes les questions afférentes à la syphilis a reçu le nom de *Syphiligraphie*. — Il n'est pas d'exagération à dire que la syphiligraphie constitue l'une des branches les plus étendues et les plus complexes des connaissances médicales.

II

DÉNOMINATION.

La syphilis n'a pas toujours porté le nom sous lequel elle est universellement qualifiée de nos jours.

A l'origine, c'est-à-dire alors qu'elle fit son invasion première dans les dernières années du xve siècle, elle fut tour à tour appelée *Morbus gallicus*, *Caries gallica*, *mal Français*, *mal Napolitain*, *mal Castillan*, *mal Espagnol*, *mal Portugais*, etc., parce que les divers peuples en déclinaient et s'en renvoyaient mutuellement la compromettante paternité. — Quelques vieux auteurs lui assignèrent dans leurs descriptions des noms spéciaux qui furent bientôt oubliés (*Mentulagra*, *Pudendagra*, *Mentagra*, *Patursa*, *Bubas*, etc.). — D'autres la qualifièrent du nom de *mal vénérien* (Jacques de Béthencourt), de *Lues*

venerea (Fernel). — Vulgairement, on l'a affublée des dénominations les plus diverses : *variole*, *vérole*, *grosse vérole*, *grand'gor*, *gorre*, *mal de Saint Job*, *de Saint Mévius*, *de Saint Mein*, *de Saint Sement*, etc., etc.

Enfin, vint Fracastor, médecin italien du XVIe siècle, qui eut la bizarre idée de composer un poème latin sur l'historique et les symptômes du nouveau mal. Dans ce poème il mit en scène, comme première victime de ce mal, un personnage fictif, véritable Adam de la vérole, qu'il baptisa — on ne sait pourquoi — du nom de *Syphilus*. De ce nom il tira celui de *Syphilis* pour la maladie. Cette dernière dénomination, qui ne blessait plus aucune susceptibilité nationale, fit fortune, survécut, et survivra.

III

COMMENT LA SYPHILIS PÉNÈTRE-T-ELLE DANS L'ORGANISME ?

Suivant *quatre modes*, très inégaux comme fréquence relative, qui sont les suivants :

1° PAR CONTAGION, c'est-à-dire par mise en rapport (quel qu'en soit le procédé, n'importe) d'un organisme sain avec le contage syphilitique.

Exemples :

Un homme sain a commerce sexuel avec une femme affectée de syphilis et reçoit d'elle la syphilis.

Une nourrice saine allaite un nourrisson syphilitique et reçoit de lui, sur la mamelle, un chancre syphilitique.

Un sujet sain est vacciné avec le vaccin d'un enfant affecté de syphilis héréditaire, et contracte ainsi l'infection.

Un sujet sain fume une pipe que vient de fumer un sujet affecté de plaques muqueuses labiales, et contracte la syphilis de cette pipe contaminée.

Dans ses infinies variétés, ce premier mode de contamination est infiniment le plus fréquent de tous et réalise ce qu'en langage technique on appelle la SYPHILIS ACQUISE.

2° PAR HÉRÉDITÉ, c'est-à-dire par transmission des géniteurs à l'enfant d'une syphilis antérieure à la conception.

Exemples :

Un couple syphilitique engendre un enfant qui naît entaché de syphilis.

Un père sain et une mère syphilitique, ou bien, inversement, un père syphilitique et une mère saine engendrent un enfant qui naît entaché de syphilis.

C'est là la SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, mode d'infection encore extrêmement commun.

3° PAR CONTAMINATION « IN UTERO », TRANSMISE DU FŒTUS A LA MÈRE.

Exemple :

Une femme saine reçoit la conception d'un sujet syphilitique. L'enfant syphilitique issu de ce père syphilitique peut contaminer sa mère *in utero* par les échanges placentaires.

Naturellement exclusif à la femme, ce troisième mode de contamination est dit SYPHILIS PAR CONCEPTION OU SYPHILIS CONCEPTIONNELLE.

4° PAR CONTAMINATION « IN UTERO » TRANSMISE DE LA MÈRE AU FŒTUS.

Exemple :

Un père sain et une mère saine ont engendré un enfant sain. Mais voici que cette femme, au cours même de sa grossesse, contracte la syphilis. Elle peut alors contaminer *in utero* ledit enfant, et cela encore par les échanges placentaires.

Mode de contamination le plus rare de tous, qui est dit SYPHILIS FŒTALE POST-CONCEPTIONNELLE.

Nous aurons à envisager dans leur symptomatologie et leur évolution propre ces divers modes de contamination. Débutons par le plus commun de tous, celui qui réalise la syphilis acquise.

SYPHILIS ACQUISE.

La syphilis n'a pas de genèse spontanée. Toujours elle résulte d'une contagion, d'une inoculation, de la pénétration matérielle d'un contage spécifique dans l'organisme.

Il est certain qu'autrefois, à un jour donné, il y a eu un premier syphilitique qui n'a pu gagner la syphilis de personne. Comment les choses alors se sont-elles passées? Nous n'en savons et vraisemblablement n'en saurons jamais rien. Mais ce qui est non moins certain, c'est qu'aujourd'hui les choses ne se passent plus de la sorte, et l'on peut regarder comme un axiome la proposition suivante :

Une syphilis acquise est toujours le produit, par le fait d'une contagion quelconque, d'une syphilis antérieure.

La syphilis, en effet, n'est pas de nos jours un effet de causes morbifiques personnelles ; elle n'est pas élaborée de toutes pièces dans l'organisme ; elle ne dérive pas de prédispositions individuelles, d'excès, de débauches, de détérioration de systèmes, de vices diathésiques, d'altérations humorales se préparant lentement et sourdement dans l'économie, etc. Rien de cela. Elle est toujours le résultat d'un incident *extérieur*, d'un apport morbifique venu du dehors, en un mot, d'une *contagion*. Cela, l'expérience journalière le confirme, et il serait vraiment superflu d'insister sur ce point.

La contagion syphilitique paraît ne pas connaître d'*immunité*. On l'a vue s'exercer en effet dans les conditions les plus diverses, par exemple sur toutes les races humaines, sur l'un et l'autre sexe, sur des sujets de tout âge (adultes, vieillards, enfants, fœtus), sur des sujets de tout tempérament, de toute constitution, dans des conditions de santé les plus différentes, etc., etc. Les milieux sociaux lui sont de même indifférents ; ce qui sans doute a donné lieu à ce dicton populaire d'après lequel « tout le monde est égal devant la vérole ».

On a bien parlé, il est vrai, de prétendues « *immunités* individuelles ». Ainsi on entend souvent les gens du monde raconter que « tel individu est resté *invulnérable* à la vérole en dépit de la vie la plus aventureuse, voire qu'il n'a pas succombé là où d'autres avaient pris l'infection ». Quel crédit accorder à de tels racontars, dépourvus de toutes garanties d'observation sérieuse? Et d'ailleurs, seraient-ils

vrais en fait, que démontreraient-ils, sinon que la chance protège parfois certains imprudents? Ne peut-on pas traverser dix ou vingt combats sans recevoir une balle?

Ce qui est plus sérieux, c'est que, positivement, l'inoculation du pus syphilitique est parfois restée stérile, c'est-à-dire n'a pas été suivie des résultats auxquels elle a coutume de donner lieu, et cela à la fois comme phénomènes locaux immédiats et comme symptômes d'infection ultérieure. Des faits de ce genre ont été produits et sont bien authentiques (1). Mais, d'abord ces faits sont infiniment rares. Puis, jamais ils n'ont été scientifiquement observés, en vue d'établir si ces prétendus sujets *réfractaires* n'étaient réfractaires qu'en raison d'une infection antérieure soit acquise, soit héréditaire. Car, pour le dire à l'avance, les sujets syphilitiques ne sont plus capables de contracter la syphilis et résistent invinciblement (sauf exceptions rarissimes) à l'inoculation du contage syphilitique; ce qui encore a motivé ce mot fameux : « Il n'est qu'un moyen assuré de résister à la vérole, c'est de l'avoir. »

De sorte que la question des non-réceptivités individuelles vis-à-vis de la syphilis reste encore aujourd'hui à l'état de problème. Que de telles immunités existent, cela peut être, mais cela n'est en rien démontré. Existeraient-elles d'ailleurs qu'elles resteraient à l'état d'idiosyncrasies prodigieusement exceptionnelles, étant donné ce qu'on observe couramment en pratique.

CONTAGE ET CONTAGION SYPHILITIQUE.

I. — Très sûrement la syphilis procède d'un *contage spécifique*, contage *matériel* et *fixe*. Car, d'une part, on le sait contenu dans certaines sécrétions de la syphilis capables de transmettre la syphilis par inoculation : « Le voilà, disait Ricord, je le tiens au bout de cette lancette avec laquelle je viens de racler la surface d'un chancre. » Et, d'autre part, on n'a jamais vu la maladie se transmettre à distance, comme le font d'autres maladies à contage diffusible.

Mais quel est le contage syphilitique ? Est-il poison? Est-il virus, comme on le qualifiait autrefois? Est-il microbe, toxine de microbe ou autre chose? Cela, on l'ignore. A maintes reprises, dans ces derniers temps surtout, on a cru l'avoir surpris, isolé, déterminé, sous forme de vibrion, de spore, de coccus, de bactérie, etc. Mais toujours ce bel espoir s'est trouvé déçu par une analyse minutieuse de résultats trop facilement acceptés. Inutile de citer les auteurs qui ont produit les résultats en question, puisque cela n'aboutirait qu'à rattacher leurs noms à autant d'erreurs.

Aujourd'hui encore, le problème du microbe de la syphilis reste ce

(1) V. thèse de H. Pochon, Paris, 1858, *Les accidents secondaires de la Syphilis sont-ils contagieux?*

qu'il était le jour où il s'est posé, c'est-à-dire sans l'ébauche même d'une solution. Ce microbe, tout le monde l'admet théoriquement. Bien sûrement il existe, il doit exister ; mais reste à le découvrir.

II. — En revanche, nous sommes mieux renseignés sur la question de savoir *où réside le contage syphilitique*. En l'espèce, du moins, quelques points sont acquis et définitivement acquis à la science ; il est vrai que nombre d'autres et des plus importants nous échappent encore.

Ce que nous savons, et de source bien certaine, c'est que ce contage existe :

1° Dans la sécrétion de l'accident originel de la syphilis, celui qu'on appelle le *chancre* ;

2° Dans la sécrétion des *accidents suppuratifs de la période secondaire* (plaques muqueuses, syphilides humides, suppuratives), comme aussi dans la trame des papules secondaires ;

3° Dans le *sang* des sujets syphilitiques en cours de manifestations secondaires ;

4° Dans certains *produits pathologiques* (*vaccin*, par exemple) des sujets entachés de syphilis.

Cela, comment le savons-nous? Grâce à deux procédés de recherches dont il importe de dire quelques mots au préalable, à savoir :

1° Une méthode clinique dite MÉTHODE DES CONFRONTATIONS, qui consiste à mettre en parallèle les accidents morbides d'où est issue la contagion et les accidents morbides par lesquels la contagion s'est révélée. Exemple : Un homme vient, je suppose, de recevoir la syphilis d'une femme syphilitique ; l'observateur détermine, d'une part, la qualité des accidents qui traduisent la contagion sur cet homme, et, d'autre part, la qualité des accidents qui, chez cette femme, ont transmis la contagion ; puis il compare. (Tout cela, bien entendu, en excluant les nombreuses causes d'erreurs qui peuvent se jeter à la traverse des constatations délicates de ce genre.)

Cette méthode féconde et sûre a déjà rendu à la science, comme on le sait, d'inestimables services. C'est elle qui, entre les mains de notre illustre compatriote Bassereau, a tranché la question du dualisme et définitivement séparé le chancre simple de la syphilis, et c'est elle, vraisemblablement, qui tranchera dans l'avenir nombre de questions encore irrésolues dont nous aurons bientôt à parler.

En l'espèce, cette méthode a appris de vieille date, comme elle continue à démontrer chaque jour, que, bien sûrement et au-dessus de toute contestation possible, le contage syphilitique est contenu dans la sécrétion du chancre syphilitique et des accidents secondaires suppuratifs. Car, en des milliers de cas, on a pu établir des *confrontations* entre des sujets venant de contracter la syphilis et les sujets

qui la leur avaient transmise, et ces confrontations ont nettement démontré chez le sujet contaminant, comme origine de la contagion transmise au sujet contaminé, l'existence d'un chancre ou d'un accident secondaire suppuratif. Les cas de cet ordre sont tellement communs, d'ordre si courant, qu'en vérité toute citation particulière serait superflue.

2° Expérimentation sur l'homme sain, procédé auquel, par respect pour la dignité de l'art, je refuserai le nom de méthode et qui consiste cyniquement en ceci : inoculer à un sujet sain tel ou tel produit de la syphilis, pour voir si ce produit contient ou non le contage de la syphilis.

Il n'est pas à le dissimuler, certains médecins ont osé porter la lancette sur l'homme sain, choisi comme sujet d'expérience *in animâ vili*, et lui inoculer la vérole !

Si j'avais à juger la moralité de tels actes, j'en dirais énergiquement ce que j'en pense et ce qu'en doit penser tout médecin honnête homme, respectueux de son art. Mais ce rôle ne m'incombe pas, et je me sens plus à l'aise en revanche pour signaler à l'admiration de tous d'autres confrères, expérimentateurs d'un ordre très différent, qui, pour pénétrer le secret de diverses questions relatives à la contagion syphilitique, se sont choisis *eux-mêmes* pour sujets d'observation, ont porté la lancette sur eux-mêmes, ont risqué de s'inoculer et trop souvent se sont inoculé à eux-mêmes la vérole. Honneur à ces derniers, honneur au dévouement, au courage de ces véritables « curieux de la science » !

Quoi qu'il en soit, l'homme sain servant d'une façon ou d'une autre de sujet à expériences, on lui a inoculé différents produits émanant d'organismes syphilitiques, à savoir : pus de chancre ; — pus de plaques muqueuses, de « condylomes », de « tubercules ulcérés », de « pustules secondaires, de pustules psydraciées, d'acné » ; — sang ; — voire fragment de tissu de plaques muqueuses. D'autre part, en vue de mieux assurer l'absorption et la pénétration de la matière inoculée, on a varié le plus ingénieusement du monde les procédés d'inoculation : piqûre à la lancette, incision, scarifications multiples du derme qu'on recouvrait ensuite de charpie bien imprégnée de la matière en expérience, frictions, grattage, abrasion de la peau, vésicatoire, voire injection sous-cutanée. Et de la sorte s'est trouvée constituée une véritable collection de faits qui, observés dans des conditions spéciales, à l'abri des causes d'erreur que comportent toujours les faits de clinique courante, ont réalisé la rigueur d'expériences de laboratoire. C'est là ce qu'on a appelé les *syphilis expérimentales*.

Eh bien, que nous ont appris ces syphilis expérimentales ?

D'abord, elles ont confirmé les résultats de la clinique en montrant que, de la façon la plus irréfutable, le contage syphilitique est bien

réellement contenu dans la sécrétion du chancre et des accidents secondaires suppuratifs.

Et, en effet, onze fois la syphilis a été transmise à des sujets sains par l'inoculation du pus du chancre syphilitique ; — quatorze fois la syphilis a été transmise à des sujets sains par l'inoculation de la sécrétion de condylomes, de plaques muqueuses, de tubercules ulcérés, du tissu organique de la plaque muqueuse, etc.

En second lieu, ces expériences ont révélé des faits nouveaux, que jusqu'alors l'observation clinique n'avait pu saisir et que sans doute elle fût restée bien longtemps impuissante à démontrer.

Ainsi, elles ont péremptoirement établi la présence du contage syphilitique dans le *sang des sujets syphilitiques*, tout au moins (besoin est ici de préciser) des sujets syphilitiques *en cours actuel de manifestations secondaires.*

Sept fois, dans ces conditions, l'inoculation du sang a été pratiquée sur des sujets sains « avec succès », c'est-à-dire avec transmission de la maladie.

L'une de ces expériences est mémorable et mérite d'être citée *in extenso :*

Trois médecins italiens, MM. Bargioni, Rosi et Passigli, tous exempts d'antécédents syphilitiques, se proposèrent comme sujets d'expériences pour une inoculation projetée de sang syphilitique. Le 6 février 1860, ils furent inoculés par le professeur Pellizzari (de Florence) avec le sang (extrait par une saignée de la veine céphalique) d'une jeune femme affectée d'une syphilis toute récente et actuellement affectée de syphilide érythémateuse, de plaques muqueuses confluentes de la vulve et de l'anus, d'adénopathies secondaires, etc. — L'expérience resta sans résultats sur deux des sujets inoculés, mais elle détermina la syphilis sur le Dr Bargioni (le seul, à la vérité, qui ait reçu l'inoculation dans des conditions propices à la contamination, comme on va le voir par le récit suivant) :

... Le sang à peine extrait par la saignée, on en imbiba un plumasseau de charpie que l'on appliqua au Dr Bargioni, vers la région supérieure et externe du bras gauche, au niveau de l'insertion du deltoïde, où l'on avait enlevé l'épiderme et pratiqué trois incisions transversales. Même chose fut faite sur le Dr H. Rosi, avec cette différence cependant que le sang était déjà *très refroidi* quand on opéra ; puis, sur le Dr Passigli ; mais alors le sang était presque entièrement coagulé. — L'étendue de la surface d'inoculation fut chez tous de deux centimètres de hauteur, sur un de largeur.

Quelques jours après, toute trace de l'inoculation disparaît, et rien ne se présente à noter jusqu'au 3 mars.

A cette date (c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'inoculation), apparition, sur le bras du Dr Bargioni, au centre de la surface inoculée, d'une petite élevure légèrement prurigineuse, arrondie, de couleur rouge plutôt foncé, sans induration.

Les jours suivants, cette papule augmente, jusqu'à atteindre, au bout d'une semaine, la dimension d'une pièce de 20 centimes, et se couvre d'une squame de plus en plus dense.

Le 14, on trouve dans l'aisselle deux glandes grosses comme une noisette, mobiles et indolentes. — Ces glandes augmentent et deviennent plus dures, tout en conservant leur indolence.

Le 21, la squame de la papule d'inoculation s'est transformée en vraie *croûte*, qui commence à se détacher sur quelques points, en laissant clairement apercevoir au-dessous d'elle une *surface ulcérée*; légère *induration* à la base.

Le 22, après avoir enlevé la croûte, on met à découvert un ulcère infundibuliforme, à bords tuméfiés, adhérents, constituant une induration annulaire.

Cet ulcère s'étend, sécrète davantage. — Le 26, il a atteint le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Son induration est très augmentée.

Finalement, le 4 avril, invasion des phénomènes généraux de la syphilis, sous forme d'un érythème à taches rosées, qui ne tarde pas à devenir plus confluent, de manière à ne laisser aucun doute sur sa nature spécifique. — Développement progressif d'adénopathies cervicales et sus-épitrochléennes. — Des papules lenticulaires s'ajoutent à l'érythème. — L'ulcère primitif est devenu sanguinolent sur les bords et commence à se réparer. Alors seulement on commence le traitement mercuriel.

III. — Voilà des résultats certains, dûment et définitivement acquis à la science. Mais, à côté de ceux-là, que d'autres admis sur de simples vraisemblances, n'ayant pas subi de contrôle rigoureux, controversés et controversables, au total irrésolus!

1° Ainsi, l'on admet généralement que le contage syphilitique n'existe pas dans les *sécrétions physiologiques* des sujets entachés de syphilis et cela, dit-on, parce que « l'épithélium glandulaire constitue un véritable filtre, qui empêche le passage du virus ». L'observation clinique est conforme, à coup sûr, à cette manière de voir, et l'on est *presque* autorisé à poser en principe que l'agent pathogène de la maladie ne se rencontre ni dans la sueur ; — ni dans la salive (alors, bien entendu, que la bouche est indemne de toute lésion spécifique) ; — ni dans les larmes (inoculées une fois sans succès à un sujet sain par Diday) ; — ni dans le mucus nasal ; — ni dans les sécrétions génitales ; — ni dans l'urine ; — ni dans le lait (bien que certains faits contradictoires aient été produits) ; — ni même dans le sperme, bien que le sperme, en raison des éléments cellulaires qu'il contient, ne soit pas une simple sécrétion. Plusieurs fois, en effet, on a inoculé à des sujets sains du sperme provenant de sujets syphilitiques, et invariablement cette inoculation est restée négative. Le sperme donc, croit-on, quoique portant en lui la faculté de transmission héréditaire, quoique capable d'infecter héréditairement l'ovule (comme nous le verrons plus loin), ne contient pas le virus contagieux et n'est pas inoculable aux organes génitaux de la femme.

Mais en est-il de même pour les *règles de la femme syphilitique*,

toujours, bien entendu, en dehors de toute lésion spécifique locale? D'abord, pour être un acte physiologique, les règles ne sont plus, comme dans les cas précédents, une « sécrétion physiologique »; elles sont constituées par une hémorrhagie, par l'issue du sang hors des vaisseaux. Or, le sang des sujets syphilitiques, nous venons de l'établir, contient (au moins en de certaines conditions) le contage syphilitique. Comment donc, en ces mêmes conditions, ne serait-il pas contagieux, alors qu'il sourd des parties génitales sous forme de flux menstruel? Et cependant aucun fait précis, démonstratif, n'est venu jusqu'à ce jour déposer en faveur d'une contagion reçue d'une femme par le sang des règles. Est-ce donc que le sang menstruel ne serait pas contagieux? Ou bien plutôt l'absence de contagions de cet ordre ne serait-elle pas simplement imputable à ce qu'on ne les a pas recherchées, à ce que l'attention des observateurs n'a pas été dirigée sur ce point dans les confrontations? Problème posé, mais seulement posé et restant à l'étude.

2° De même on admet encore par analogie que le contage syphilitique n'existe pas dans les *sécrétions pathologiques* des sujets infectés de syphilis, à savoir : ni dans le pus de leurs traumatismes ; — ni dans leurs suppurations cutanées ou muqueuses ; — ni dans la sécrétion des diverses maladies dont ils peuvent être affectés (herpès, balanite, vulvite, leucorrhée, vaginite, métrite, blennorrhagie, chancre simple, eczéma, acné, ecthyma, gale, sérosités hydropiques, etc.). On a même édifié toute une théorie à ce sujet. « Si ces liquides pathologiques, a-t-on dit, sont purs, c'est-à-dire indemnes de tout mélange avec le sang syphilitique, ils restent inoffensifs; rien à en craindre au point de vue d'une contagion syphilitique. Mais, au cas contraire, c'est-à-dire s'ils contiennent des globules sanguins, ils deviennent dangereux par le sang qui s'y trouve mêlé et peuvent alors transmettre la syphilis. »

Toutefois l'exemple du vaccin n'est guère rassurant en l'espèce. On sait, en effet, par des centaines de cas, que le *vaccin des sujets syphilitiques* est éminemment susceptible de transmettre la syphilis, au point d'avoir déterminé parfois, dans de petites localités, de véritables *épidémies* de syphilis. Et, quand bien même ce vaccin, comme on l'a dit, ne devrait sa contagiosité qu'au mélange d'une certaine quantité de sang, en quoi cela constituerait-il une garantie relativement aux autres sécrétions pathologiques (1)? Celles-ci ne peuvent-elles pas de même, soit normalement, soit accidentellement, être entachées de sang?

(1) Il existe d'ailleurs dans la science un certain nombre de cas où le vaccin de sujets syphilitiques a transmis la syphilis, bien que l'on eût procédé à sa récolte avec des précautions minutieuses en vue de l'obtenir irréprochable, pur, non mêlé de sang. — On trouvera le résultat de plusieurs de ces cas dans mon livre sur la *Syphilis vaccinale* (page 113 et suiv.).

D'autre part, les résultats expérimentaux sont ici fort peu nombreux et, de plus, contradictoires. Je vois bien qu'on a pu inoculer sans succès à des sujets sains le pus d'acné ou la sérosité d'eczéma de sujets syphilitiques; mais, en revanche, assure-t-on, la syphilis aurait résulté « de l'inoculation de pus blennorrhagique emprunté à des sujets affectés de syphilis ».

En sorte qu'au total la science n'est pas faite sur ce point. Il est certain, d'une part, que très fréquemment les humeurs pathologiques de la syphilis restent inoffensives au point de vue de la contagion. Mais on nous affirme, d'autre part, que telle ou telle a pu parfois transmettre la contagion. Que veut dire cela? Dans quelles conditions ces humeurs sont-elles ou non chargées du contage spécifique, quel processus y introduit ce contage, et à quel âge de la maladie sont-elles susceptibles de le contenir? Toutes ces questions, sans parler d'autres encore, nous échappent absolument et ne pourront être résolues que par des recherches ultérieures.

IV. — Que d'autres points encore — et, malheureusement, des plus importants et de l'ordre de ceux sur lesquels il serait le plus essentiel d'être fixé — restent de même controversables et incertains !

Exemples:

1° *Le contage syphilitique existe-t-il dans les manifestations d'ordre tertiaire*, telles que tubercules, tubercules ulcérés, syphilides gommeuses, sécrétion et suppuration des gommes, etc. ?

L'expérimentation et la clinique ont répondu négativement à cette question, à savoir : 1° l'expérimentation, de par les résultats *négatifs* de plusieurs inoculations faites sur l'homme sain avec la sécrétion de tubercules syphilitiques, le liquide d'une gomme, le pus d'ulcérations tertiaires des muqueuses ; — 2° la clinique, de par le quasi-mutisme qu'elle a observé jusqu'à ce jour sur les dangers de contagion dérivant ou pouvant dériver des accidents de forme tertiaire.

Mais, cela reconnu, il est bien légitime d'ajouter, d'une part, que les inoculations faites avec les suppurations tertiaires sont encore *trop peu nombreuses* pour qu'il soit permis d'en déduire des conclusions définitives (que de fois, par exemple, n'a-t-on pas échoué dans l'inoculation des accidents secondaires, qui sont cependant des plus inoculables !); — et, d'autre part, que les ulcérations tertiaires, impossibles à méconnaître en raison de leur importance comme lésions et ne se localisant que d'une façon relativement peu commune sur les organes génitaux, n'offrent par cela-même que peu de risques de contagion.

Puis, voici que quelques cas d'observation récente sont venus ébranler la doctrine d'innocuité des accidents tertiaires. A n'en citer qu'un exemple, notre distingué collègue M. Landouzy a relaté un cas dans lequel une contamination syphilitique procéda d'une ulcé-

ration *gommeuse* du gland, développée sur un sujet dont l'infection remontait à une vingtaine d'années (1) !

A mes yeux, une raison d'un autre ordre me conduit à tenir pour suspecte ladite doctrine d'innocuité de la syphilis tertiaire. C'est la considération de ce que produisent ces syphilis tertiaires d'emblée que nous étudierons plus tard sous le nom de syphilis malignes précoces. Dès leurs premiers mois, parfois dès leurs premières semaines, les syphilis de cet ordre réalisent des lésions profondément ulcéreuses, de type absolument tertiaire. Or, quel médecin se prêterait à croire que ces lésions si graves, où la syphilis se révèle avec son summum de malignité, ne contiennent pas le contage spécifique et répondraient négativement à l'inoculation sur un sujet sain ? Sans avoir encore par devers moi l'ombre d'une preuve clinique ou expérimentale à l'appui de ce que je vais dire, ma conviction intime est que de telles lésions seraient contagieuses, si l'occasion leur était fournie d'exercer leur contagiosité. Que sont-elles, cependant, quant à leur forme anatomique? Des types de lésions tertiaires.

Il semble donc bien probable que la contagiosité ne réside pas — uniquement et exclusivement du moins — dans la constitution anatomique des lésions. Ce n'est pas seulement parce qu'une lésion syphilitique est ou non tertiaire de par ses caractères cliniquement appréciables qu'elle est appelée à répondre en tel ou tel sens à l'inoculation. Sa contagiosité ou sa non-contagiosité doit être, à mon sens, déterminée par un autre élément ; mais quel est cet élément? S'il existe, et sans doute il existe, personne n'a pu jusqu'à ce jour le saisir, le déterminer.

D'ailleurs, *où finit ce qu'on appelle la syphilis secondaire*, qui, très sûrement, est contagieuse, et *où commence la syphilis tertiaire* qui, dit-on, ne l'est pas ? Autre problème connexe, dont la solution est non moins impossible à préciser actuellement.

2° Le sang est sans contredit la source commune où, théoriquement, les diverses manifestations de la syphilis vont puiser le contage syphilitique. Or, ce contage, nous avons établi par ce qui précède qu'en effet il existe ou peut exister dans le sang à une certaine période de la maladie, à savoir la période secondaire. Mais, questions nouvelles : *Ce contage existe-t-il indéfiniment dans le sang des syphilitiques*, ou bien en disparaît-il à un moment donné ? — et, dans cette dernière hypothèse, quand en disparaît-il? — puis encore, en disparaît-il d'une façon permanente, c'est-à-dire à tout jamais ; ou bien peut-il y reparaître à propos des réveils plus ou moins tardifs que subit si fréquemment la maladie ?

De quelques données expérimentales dont nous disposons il semble résulter que le contage syphilitique disparaît du sang dans les étapes

(1) Voy. *Congrès international de Dermat. et de Syphiligr.*, Paris, 1889.

lointaines de l'infection. Et, en effet, plusieurs fois on a tenté *sans résultat* l'inoculation du sang tertiaire. Mais ces expériences sont encore en trop petit nombre pour que la question puisse être donnée comme résolue.

En tout cas, sur les nombreux points que je viens de signaler, nous manquons de documents précis, formels, indiscutables. Ce sont là, en effet, toutes questions qui ne pourraient être résolues que par de nombreuses expériences, et le principe même d'expériences à instituer en ce sens nous est rigoureusement interdit.

3° *Les accidents secondaires sécrétants conservent-ils indéfiniment leur pouvoir contagieux, à quelque époque de la maladie qu'ils viennent à se produire?*

Question importante, spécialement par sa connexion avec un autre problème d'intérêt majeur, celui du mariage des sujets syphilitiques.

Posons d'abord un fait. Il n'est pas rare que des accidents de forme secondaire se manifestent au delà et bien au delà des limites chronologiques que l'on assigne usuellement à l'étape secondaire, c'est-à-dire au delà de la troisième année. Exemple: Dans une statistique dressée à Saint-Lazare par le Dr Barthélemy, sur 531 malades internées pour « accidents contagieux », il ne s'en trouvait pas moins d'une vingtaine dont la syphilis remontait à quatre, cinq, six, huit, dix et douze ans. — Pour ma part, analysant à ce même point de vue 19.000 observations de syphilis, je n'en trouve pas moins de 1.096 où des accidents de *forme secondaire* sont entrés en scène au delà de la troisième année. Près de 1.100 cas sur 19.000, c'est là un chiffre *énorme* à coup sûr; et cependant ce chiffre est irrécusable, d'autant plus irrécusable qu'il m'est fourni par des observations recueillies au hasard de la pratique courante, sans préoccupation du sujet actuel, sans esprit préconçu.

Ces accidents de *syphilis secondaire tardive* sont d'autant moins fréquents que l'infection remonte à une époque plus éloignée. Ainsi, encore assez communs au cours de la quatrième, de la cinquième ou même de la sixième année, ils deviennent plus tard de plus en plus rares (par exemple, jusqu'à la neuvième ou dixième année), puis de plus en plus exceptionnels au delà (1).

(1) Voici, à ce sujet, les résultats de ma statistique.

Accidents de syphilis secondaire tardive observés au cours de :

La quatrième	année	266 cas.
La cinquième	—	194 —
La sixième	—	135 —
La septième	—	98 —
La huitième	—	83 —
La neuvième	—	67 —
La dixième	—	71 —
	A reporter	914 cas.

Or, sont-ils contagieux, en dépit de leur entrée en scène à une époque plus ou moins distante des limites habituelles de la période secondaire ? Très certainement oui, ou, pour le moins, ils peuvent l'être. Ainsi, pour ma seule part, j'ai en main une demi-douzaine de cas *avec confrontation* dans lesquels des accidents de forme purement secondaire (à savoir des syphilides simplement *érosives* de la verge, de la vulve et de la bouche) ont transmis la syphilis sous forme de chancres indurés, bien qu'issus de syphilis datant de 6, 6, 7, 8, 8 et 9 ans. Je possède même deux cas que je crois authentiques (mais qui ne deviendront tels, je suis le premier à le reconnaître, que par confirmation issue de faits analogues), dans lesquels des maris syphilitiques *depuis* 17 *et* 18 *ans* transmirent la syphilis à leurs femmes sous forme de chancres indurés labiaux, et cela par des érosions linguales et labiales dont ils étaient incessamment affectés de vieille date en leur qualité d'incorrigibles fumeurs. — Des observations de même ordre ont été produites par nombre d'autres médecins, notamment par MM. Arnozan, Mauriac, Barthélemy, Richard d'Aulnay, Ferras, Renouard, Feulard, etc. — On trouvera la plupart de ces faits réunis dans un très intéressant rapport sur la durée de la période contagieuse de la syphilis, présenté au Congrès de Londres par le très regretté Dr Feulard (1896).

D'après les observations relatées dans ce mémoire, les contagions issues de ces accidents de syphilis secondaire tardive se seraient produites aux diverses échéances que voici :

Au cours de la		*cinquième*	année de la maladie		.....	2 cas.
—	—	*sixième*	—	—	.....	4 —
—	—	*septième*	—	—	.....	2 —
—	—	*huitième*	—	—	.....	4 —
—	—	*neuvième*	—	—	.....	1 —
—	—	*dixième*	—	—	.....	2 —
—	—	*dix-septième*	—	—	.....	1 —
—	—	*dix-huitième*	—	—	.....	1 —

Que nous voici loin, de la sorte, des anciennes croyances d'après

Report.....	914 cas.
La onzième année	36 —
La douzième —	37 —
La treizième —	14 —
La quatorzième —	15 —
La quinzième —	8 —
La seizième —	22 —
La dix-septième —	8 —
La dix-huitième —	10 —
La dix-neuvième —	5 —
La vingtième —	6 —
Au delà.....	21 —
Total.....	1096 —

J'aurai à insister longuement dans un chapitre ultérieur sur ces accidents si curieux de syphilis secondaire tardive.

lesquelles le pouvoir transmissif de la syphilis était « restreint aux toutes premières années de l'infection » !

Malheureusement il n'est que trop avéré que la contagiosité peut s'étendre bien au delà et jusqu'à des limites qui ne sauraient encore être déterminées. Sans nul doute, ces contagions issues d'accidents secondaires tardifs sont rares ou même exceptionnelles par rapport au nombre infini des contagions issues de la syphilis secondaire évoluant dans son orbite normale ; mais elles n'en sont pas moins essentielles à connaître, et cela à des titres divers, notamment au point de vue de la prophylaxie et de la question du mariage des sujets syphilitiques.

Modalités variables de la contagion. — Trois points principaux ressortent de l'expérience clinique :

I. — Le premier, c'est que la condition essentielle de la contagion, sa condition *sine quâ non*, réside en ceci : *mise en rapport d'un sujet sain* (j'entends indemne de syphilis) *avec le contage syphilitique, en des circonstances propices à la pénétration de ce contage dans l'organisme.*

Que cette condition se réalise, c'en est assez pour que la contagion s'exerce. Que la molécule infectieuse soit absorbée d'une façon quelconque, voilà l'infection faite :

N'importe, du reste, telle ou telle autre condition, quelle qu'elle puisse être. N'importe, par exemple (car besoin est ici de préciser pour l'intelligence de ce qui va suivre), la qualité des circonstances qui président à la mise en rapport du contage avec le sujet qui va subir l'infection ; — la qualité du contagionnant et du contagionné en tant que sexe, âge, constitution, tempérament, etc. ; — la localisation du contact infectieux ; — voire l'intermédiaire entre la source du contage et l'organisme contaminé. — Je m'explique sur ces divers points :

Inutile de dire que la contagion syphilitique procède usuellement du *commerce sexuel*.

Mais le commerce sexuel n'est en rien indispensable à la contagion. La contagion peut dériver de tout rapprochement, de tout contact, *quel qu'il soit*, entre un sujet syphilitique et un sujet indemne de syphilis. C'est ainsi que la bouche contaminée d'un nourrisson porte la contagion sur le sein d'une nourrice ; c'est ainsi que l'exploration, le palper d'une plaie syphilitique contagionne parfois la main du médecin.

Non moins indifférentes sont les conditions personnelles du contagionnant et du contagionné comme sexe, âge, constitution, état de santé, etc. Ainsi la contagion syphilitique s'exerce aussi bien de l'homme à la femme que de la femme à l'homme ; — s'exerce également de la femme à la femme et de l'homme à l'homme ; — s'exerce d'un sujet jeune (enfant ou nourrisson) à un sujet adulte, et réciproquement ; —

s'exerce d'un sujet bien constitué à un sujet malingre, et *vice versâ*, etc.

N'importe encore la condition de siège. La syphilis ne se transmet pas seulement des organes génitaux aux organes génitaux; elle se transmet tout aussi bien de n'importe quel organe à n'importe quel organe. C'est ainsi que, pour une foule de cas, la syphilis pénètre dans l'organisme par le fait de contagions qui se sont portées sur les lèvres, sur la langue, sur l'amygdale, sur la conjonctive, sur le sein, sur les doigts, sur l'anus, sur les téguments de la face, du cou, du tronc ou des membres, etc.

Il y a plus même. C'est que la contagion n'a pas besoin, pour se transmettre, d'un substratum vivant; elle peut s'exercer par un intermédiaire *inanimé*; c'est-à-dire que le contage syphilitique laissé en dépôt sur un objet quelconque (tel qu'un instrument de chirurgie, par exemple) peut contaminer un sujet sain avec lequel cet objet sera mis en contact. Ce mode de contagion, auquel on donne le nom de **contagion médiate**, n'est même pas très rare. Nous possédons aujourd'hui un nombre considérable de faits très authentiques où la syphilis a été transmise de la sorte, soit par des objets d'usage domestique (cuillers, verres, biberons, etc.), soit par des instruments de médecine (lancettes, bistouris, cathéters, abaisse-langue, scarificateurs, etc.), soit par des pipes, des cigares, des vêtements, des linges sales, des latrines, etc., etc.

Les divers points qui précèdent sont de l'ordre de ceux sur lesquels la science est fixée. Le suivant, en revanche, reste indéterminé : *Une effraction tégumentaire est-elle indispensable à la pénétration du contage?* Ou, en autres termes, le contage ne s'introduit-il dans l'organisme qu'à la faveur d'une lésion de la peau ou des muqueuses, et un épiderme ou un épithélium en bon état constitue-t-il vis-à-vis de lui une barrière infranchissable ?

Ce qu'il est seulement permis de répondre à la question, c'est, d'une part, qu'une lésion quelconque (blessure ou dénudation) de l'épiderme constitue, par excellence, une condition propre à favoriser la pénétration du contage (de cela les preuves ne sont plus à fournir); — et, d'autre part, qu'un état d'intégrité absolue des téguments paraît, au moins pour l'immense majorité des cas, suffire à la protection de l'organisme. S'il n'en était pas de la sorte, un médecin pourrait-il impunément (comme nous le faisons dans nos salles dix fois par jour) toucher une plaie syphilitique, explorer, palper, manipuler un chancre ou des plaques muqueuses?

Mais qu'arriverait-il, si, après avoir touché un chancre, par exemple, on laissait le pus de ce chancre stagner sur les doigts? Qu'arriverait-il si l'on déposait du pus syphilitique sur une surface cutanée ou muqueuse à revêtement tégumentaire indemne, en ayant soin de l'y laisser à demeure? Ce pus resterait-il inoffensif, ou bien aboutirait-il,

par sa réaction propre sur les éléments anatomiques de la région, à se frayer une voie, à s'ouvrir la tranchée, à constituer en un mot l'*effraction* épidermique ou épithéliale nécessaire à sa pénétration dans les tissus? On ne sait, car l'expérience n'a pas été faite, et l'on serait mal venu à raisonner par analogie, par impression, sur un point aussi délicat.

Sans doute, nombre de malades affectés de chancre sur des régions découvertes et d'observation facile (telles que le visage, par exemple) nous affirment qu'au moment où la contagion s'est exercée sur eux ils ne présentaient, au point où elle s'est exercée, ni blessure, ni éraillure, ni bouton, ni desquamation, ni lésion tégumentaire quelconque ayant pu servir de « porte d'entrée » au contage. Mais, alors qu'il s'agit de virus ou de microbe, une porte d'entrée *microscopique*, c'est-à-dire non appréciable, est plus qu'amplement suffisante. Somme toute, le problème est non résolu quant à présent; peut-être même restera-t-il insoluble?

II. — Un second point ressort de l'observation courante. C'est que, pour la très grande majorité des cas (90 à 93 p. 100, d'après mes statistiques personnelles), *la contagion syphilitique s'exerce par le rapprochement sexuel*, c'est-à-dire dérive des contacts divers de l'union sexuelle. — Cela n'est ni contestable, ni contesté.

La syphilis est donc d'origine *vénérienne* pour les neuf dixièmes des cas, environ.

III. — Un troisième point — celui-ci de notion plus récente — est que *la contagion syphilitique dérive, pour un nombre de cas assez considérable* (7 à 10 p. 100, approximativement), *de causes étrangères au commerce sexuel*.

De quelles causes dérive-t-elle alors? De n'importe quel de ces mille contacts que réalise la force ou le hasard des choses : baiser, intimités et échanges de la vie domestique, promiscuité, allaitement, élevage des enfants, usage d'objets communs, etc.; — comme aussi de contaminations plus inattendues encore, au rang desquelles prennent place les contagions d'origine professionnelle (syphilis des verriers, par exemple), les contagions d'origine médicale (syphilis vaccinale), les contagions d'origine médiate, les contagions d'origine restant mystérieuse à force d'être accidentelle, etc., etc.; — toutes variétés étiologiques dont la longue énumération trouvera place au chapitre des chancres extra-génitaux.

D'où il suit que, pour un certain nombre de cas, certes bien autrement considérable qu'on ne le croit généralement, la syphilis est d'origine *non vénérienne*.

A coup sûr, on peut la dire *la moins vénérienne de toutes les maladies vénériennes*. Car, à cela près d'exceptions infiniment rares, la blennorrhagie et le chancre simple dérivent exclusivement de causes

d'ordre vénérien, tandis que ce n'est pas une rareté pour la syphilis — loin de là — de procéder de causes tout à fait étrangères au commerce sexuel.

ÉCLOSION ET PREMIÈRES ÉTAPES DE LA SYPHILIS. — LOIS D'ÉVOLUTION.

A son début et dans ses étapes initiales, la syphilis acquise affecte une évolution coordonnée, méthodique et presque rigoureusement similaire d'un sujet à un autre. Elle obéit alors, positivement, à de certaines règles auxquelles, sans exagération, on peut appliquer le nom de *lois*.

Ces lois, que la clinique et l'expérimentation ont mises en lumière, les voici, sommairement :

I. — Le premier phénomène constatable qui résulte de la contagion, c'est-à-dire de la pénétration du contage syphilitique dans l'organisme, ne se manifeste jamais qu'après un laps de temps plus ou moins long, constituant une incubation véritable.

II. — Le premier phénomène appréciable qui résulte de la contagion ou de l'introduction artificielle de la matière virulente dans l'organisme, se manifeste toujours au lieu même où a pénétré cette matière, en ce lieu et non ailleurs.

III. — L'accident primitif résultant *in situ* de la contagion reste toujours isolé, solitaire, pour un certain temps, temps pendant lequel il constitue ou paraît constituer l'expression unique qui traduit la maladie.

IV. — Ce n'est qu'au delà de ce temps qu'à cet accident d'apparence toute locale succède une explosion d'autres symptômes multiples et variés, lesquels diffèrent essentiellement de l'accident initial en ce qu'au lieu d'être localisés comme lui au point où s'est exercée la contagion, ils sont disséminés, épars, susceptibles d'affecter tous les tissus, tous les organes.

Quelques commentaires sur ces divers points, qui sont d'importance capitale :

I. — *Première loi.* — Toujours la syphilis *incube*. C'est-à-dire que toujours un certain temps, voire assez long, sépare le moment où le contage pénètre dans l'organisme du moment où se révèle le premier symptôme qui traduit un état morbide dérivant de cette contagion. Et, pendant tout ce temps, aucun phénomène apparent ne se produit ; rien ne trouble, rien ne trahit l'*élaboration silencieuse* qui s'accomplit. — C'est là un premier point qui résulte formellement et de l'observation clinique et, d'une façon bien autrement certaine, des

inoculations expérimentales. Dans tous les cas, sans exception aucune, où la syphilis a été inoculée expérimentalement à l'homme sain, une incubation plus ou moins longue a toujours préludé à la première apparition des premiers phénomènes morbides.

Précisons. — Que dure cette *incubation*? Plus ou moins suivant les cas. Dans la plupart des cas, *trois à quatre semaines*. Le chiffre de 26 jours paraît le plus fréquent.

Mais elle peut durer moins (20, 18, 17, 15 jours); — comme aussi, inversement, elle peut durer plus (30, 35, 39, 42 jours).

Il faut considérer comme exceptionnels et sujets à revision les cas où elle s'est notablement écartée soit en plus (50, 60, 75 jours), soit en moins (12, 10 jours) des moyennes formulées précédemment (1). Il convient plus encore de tenir en suspicion, comme vraisemblablement entachés d'erreur, ceux où elle se serait, dit-on, soit réduite à quelques jours, voire à un jour, soit élevée à trois ou quatre mois.

On l'a vue varier quelque peu d'un sujet à un autre avec l'inoculation d'un même pus. — On l'a vue varier également suivant la qualité du liquide inoculé (pus de chancre, pus de plaques muqueuses, sang, etc.). — Mais il n'est guère à tenir compte de ces légères différences, si l'on prend en considération que, sur un même sujet, des inoculations multiples faites avec un même produit virulent ont présenté parfois des incubations variables dans la proportion de quelques jours. Des exemples de ce genre nous sont d'ailleurs parfois offerts par la clinique. De plusieurs chancres très sûrement contractés le même jour, au même instant, un ou quelques-uns peuvent apparaître *en retard* de quelques jours sur le premier éclos. Il en est donc certainement du chancre comme de certaines graines qui, bien que semées au même instant et côte à côte sur un même terrain, n'aboutissent pas toujours à une germination rigoureusement synchrone.

II. — *Seconde loi.* — D'après celle-ci, la plus importante de toutes, le premier phénomène appréciable qui résulte de la contagion (ou de l'inoculation, c'est tout un) se manifeste toujours *au lieu même* où a pénétré le contage.

Cela est constant, cela ne souffre pas exception. D'où le mot de Ricord : « En fait de vérole, toujours on est puni initialement par où l'on a péché. » Si l'on s'est exposé par la verge et par elle seule, c'est à la verge et là seulement qu'on est frappé. Si l'on s'est exposé par la bouche, par le doigt, par l'anus, c'est à la bouche, au doigt, à l'anus qu'invariablement se manifestent les premiers accidents de contagion, toujours là et jamais ailleurs. Voyez encore les nourrices : elles s'exposent par le sein à la contagion syphilitique, et c'est au sein qu'apparaissent sur elles les premiers signes d'infection. De même,

(1) V. Alf. Fournier, *Recherches sur l'incubation de la syphilis.*

la syphilis vaccinale fait toujours ses premiers accidents là où le vaccin impur a été inséré, etc., etc.

Et de même encore, dans les syphilis expérimentales, toujours l'éclosion morbide s'est produite là — et là seulement — où l'inoculation avait porté, n'importe d'ailleurs où elle eût porté.

III. — *Troisième loi.* — « L'accident primitif résultant *in situ* de la contagion reste toujours isolé, solitaire, pour un certain temps, temps pendant lequel il constitue ou paraît constituer l'*expression unique* qui traduit la maladie. »

Ici encore la clinique et l'expérimentation se prêtent un mutuel concours pour établir cette vérité.

Voici un malade qui, je suppose, vient de contracter un chancre, origine d'une syphilis qui ne s'affirmera que d'une façon trop formelle dans l'avenir. Eh bien, ce chancre (réserve faite pour le bubon qui l'accompagne et dont nous parlerons ailleurs) va rester pour un temps, pour six à sept semaines environ, l'*unique* phénomène appréciable par lequel se traduira l'infection. Examinez, en effet, ce malade de la tête aux pieds, inspectez sa peau, ses muqueuses, interrogez ses diverses fonctions, vous ne trouverez que ce chancre pour tout symptôme morbide. A lui seul, ce chancre paraîtra pour un temps constituer toute la maladie; en tout cas, il en constitue dans le présent et pour quelques semaines l'unique expression.

De même les observations de syphilis expérimentale nous montrent la maladie constituée originairement par une lésion unique au point inoculé, sans autres phénomènes concomitants.

IV. — *Quatrième loi.* — La syphilis, ai-je dit, se borne pour un temps à une première manifestation d'apparence locale, le chancre.

Mais, passé ce temps, la scène change du tout au tout. Car, alors, se produit une explosion d'autres symptômes non moins multiples que variés, symptômes consistant en ceci : éruptions à la peau ; — érosions ou ulcérations sur diverses muqueuses (muqueuses buccale, vulvaire, anale, etc.) ; — douleurs en divers points (membres, articulations, tête, etc.) ; — engorgements ganglionnaires ; — lésions diverses des tendons, des muscles, du périoste ; — chute des cheveux ; — et cent autres phénomènes que j'aurai bientôt à décrire.

Or, quels qu'ils soient d'ailleurs, ces accidents nouveaux ont tous un caractère commun ; tous, ils diffèrent essentiellement de l'accident primitif en ce qu'*ils ne sont pas comme lui localisés au point où s'est exercée la contagion.* Loin de là, ils se portent partout. Ils sont disséminés, éparpillés sur les divers systèmes de l'économie. Le corps entier semble être leur domaine, et leur multiplicité n'a de comparable que leur infinie variété de formes et d'expressions. Affectant ou pouvant affecter tous les tissus, tous les organes, ils semblent témoi-

gner par leur liberté d'expansion d'une sorte de généralisation de la maladie à tout l'être vivant, d'une imprégnation totale de l'organisme par un principe infectieux, par un levain morbide partout présent. Somme toute, ils ont le droit de se produire *partout*, tandis que la lésion initiale n'a que la faculté de se produire en un point. Aussi, pour les distinguer de celle-ci, leur a-t-on donné de vieille date la dénomination d'*accidents généraux* de la syphilis.

Telles sont les lois primordiales auxquelles est assujettie l'évolution de la syphilis à son début. Ces lois, on est en droit de les donner pour certaines, pour absolues et définitives; car elles reposent, d'une part, sur l'observation clinique et, d'autre part, sur les données incontestables de l'expérimentation.

Aussi bien, procédant de la sorte d'une façon méthodique, la syphilis, à son début et dans ses étapes jeunes, représente-t-elle une sorte de drame qui déroule ses scènes successives, ses actes et ses entr'actes, suivant un plan arrêté, réglé, toujours semblable d'un sujet à un autre ; — et cela comme il suit :

Premier acte : *Contamination.* — Le virus pénètre par un procédé quelconque dans l'organisme.

Premier entr'acte : *Repos apparent de l'organisme, incubation.* — Rien d'appréciable ne trahit encore l'infection.

Second acte : Production au point où a pénétré le virus, en ce point même et non ailleurs, d'une *lésion* dite *primitive*, laquelle constitue à ce moment l'expression unique de la maladie. — C'est là *l'acte du chancre*, qu'on me passe l'expression.

Second entr'acte : *Nouveau repos apparent de l'organisme.* — La lésion primitive continue à rester le seul phénomène par lequel s'accuse la maladie. — C'est là le stade que l'on qualifie du nom de *seconde incubation*.

Troisième acte : *Explosion de symptômes multiples et disséminés, en dehors du siège où s'est exercée la contagion* (symptômes dits *consécutifs*, ou *constitutionnels*, ou *généraux*, constituant la période de généralisation apparente de la maladie).

Toutes les syphilis (à ne parler, bien entendu, que des syphilis acquises par contagion, les seules en cause pour l'instant) procèdent-elles invariablement dans leur évolution initiale suivant le programme qui précède, c'est-à-dire en s'adaptant, en se conformant aux quatre lois d'évolution précitées?

Il faut convenir qu'en pratique nombre de cas — tout spécialement chez la femme — *semblent* déroger à ces lois. Maintes fois, en effet, il arrive de rencontrer des malades qui, venant consulter pour tel ou tel accident d'ordre secondaire (par exemple une roséole ou des laques muqueuses), affirment absolument qu'avant ces manifesta-

tions ils n'en ont présenté aucune autre, qu'ils « n'ont eu rien d'autre », notamment rien qui ressemble à un chancre. De sorte qu'à les croire sur parole, la syphilis aurait débuté sur eux par des manifestations d'ordre général, sans accident local de contagion. Je ne crains pas de le répéter, ces prétendues syphilis sans chancre, ces syphilis pour ainsi dire décapitées, s'offrent assez fréquemment à l'observation. On en a cité de nombreux exemples, et M. Verchère a rappelé encore l'attention sur elles ces derniers temps. On leur a même donné un nom spécial, celui de *syphilis d'emblée*.

Or, que penser de ces syphilis d'emblée ?

D'une part, il est absolument certain que, pour l'immense majorité, les cas exceptionnels de cet ordre rentrent tout aussitôt dans la règle, dès qu'on les soumet à une analyse attentive ; et cela, par la découverte de l'accident initial, du chancre, que les malades reniaient. Presque toujours une syphilis d'emblée devient, quand on y regarde de près, une syphilis à chancre méconnu ou inaperçu du malade. Et rien d'étonnant à cela. Le chancre, en effet, a toute une série de bonnes raisons pour rester ignoré du malade, tout au moins en tant que chancre : c'est, d'abord, comme j'aurai bientôt à le dire, qu'il peut être constitué par une petite et presque insignifiante lésion, laquelle ne répond en rien à l'idée que les gens du monde se font de ce qu'on appelle un chancre, surtout en tant que symptôme initial d'une grande maladie telle que la syphilis ; — c'est, en second lieu, qu'il peut siéger sur des régions difficilement accessibles ou même inaccessibles à l'examen (tel est le cas du chancre uréthral, du chancre sous-préputial, du chancre utérin, du chancre de l'amygdale, etc.) ; — c'est aussi qu'il peut facilement être confondu avec telle ou telle lésion tégumentaire d'ordre banal (écorchure du coït, herpès, érosion de balanite, aphthe, ulcérations vulgaires, etc.) ; — c'est encore qu'il peut être le produit d'une contagion de surprise, spécialement d'une contagion non vénérienne, etc. — Aussi bien les exemples de chancres méconnus par les malades (et même par les médecins) surabondent-ils, à ce point qu'il serait superflu d'en citer ici des observations particulières.

Mais, d'autre part, il n'est pas moins authentique qu'en certains cas où les malades se présentent avec les symptômes d'une infection secondaire manifestement jeune, par conséquent à une époque où l'on devrait encore trouver le chancre ou les vestiges du chancre, on ne trouve rien cependant qui rappelle un chancre. Vainement, dans les cas de cet ordre, interroge-t-on les antécédents, qui restent négatifs sur l'existence d'une lésion locale ayant préludé aux symptômes généraux ; vainement recherche-t-on une cicatrice ; vainement encore explore-t-on le système ganglionnaire pour découvrir une adénopathie qui mette sur la piste du chancre ; on ne trouve *rien*, rien en tant que reliquat, vestige, témoignage d'un accident primitif. Des cas de cet

ordre ont été signalés maintes fois, et je déclare, pour ma part, en avoir constaté plusieurs d'une façon bien positive.

Qu'est-ce donc à dire ? Un dilemme s'impose en l'espèce, comme interprétation des faits de ce genre : Ou bien il faut convenir que la syphilis n'a pas eu d'accident primitif de contagion, qu'elle n'a pas eu de chancre, et qu'elle a débuté d'emblée par des manifestations générales ; — ou bien il faut admettre que le chancre dont on ne trouve pas traces n'en a pas moins existé, qu'il a existé *quand même*, alors qu'en dépit de l'examen le plus attentif et le plus complet on n'en découvre pas vestige.

Eh bien, entre ces deux interprétations, quant à présent et dans l'état actuel de nos connaissances, le choix n'est pas permis, je crois. La seconde, rigoureusement, paraît seule acceptable, et cela pour deux raisons : parce qu'il y a de telles difficultés en maintes circonstances à retrouver le chancre qu'il n'est rien d'étonnant à ce que ces difficultés deviennent parfois de réelles et insurmontables impossibilités ; — en second lieu, parce que, dans tous les cas où la syphilis a été inoculée expérimentalement, pas une fois, pas une seule fois l'évolution morbide n'a commencé par des accidents de forme secondaire. Toujours, invariablement toujours, c'est le chancre qui a ouvert la scène, pour être suivi, après l'incubation réglementaire, par les accidents généraux. Cela est péremptoire, décisif.

Certes, il n'y aurait pas, théoriquement, impossibilité à ce que la syphilis, en certaines conditions qui nous échappent, procédât d'une façon différente de celle qui lui est habituelle. Mais l'authenticité de cette syphilis d'emblée est bien loin d'être établie ; elle paraît même, dirai-je, condamnée par le témoignage irrécusable de l'expérimentation. Et le dernier mot reste encore à la doctrine que Ricord exprimait ainsi dans son langage imagé :

« La syphilis ne pénètre jamais dans l'économie *sans effraction*. Elle n'envahit jamais l'organisme *sans faire son trou* quelque part ; elle a toujours une *porte d'entrée*. Ce trou, cette porte d'entrée, c'est l'accident de contagion, le chancre, qui prélude à toutes les autres manifestations, et sert en quelque sorte d'exorde indispensable à la maladie. »

PÉRIODE PRIMAIRE

Chancre et **bubon.**

La période primaire de la syphilis se compose essentiellement de deux accidents, étroitement reliés l'un à l'autre, voire inséparables, et dont l'un n'est même que symptomatique de l'autre, à savoir : 1° le *chancre* ; — et 2° le *bubon*, accident deutéropathique au chancre.

Elle commence avec l'introduction du contage syphilitique dans l'organisme, pour faire place à ce qu'on appelle, dans les divisions artificielles de la maladie, la période secondaire, laquelle est inaugurée par la première explosion des manifestations générales.

Elle affecte en moyenne et très approximativement — réserves faites pour certains cas exceptionnels — une durée de 70 jours, ainsi répartie : 25 jours pour la première incubation, qui prélude à l'apparition du chancre ; — et 45 jours pour la seconde incubation, qui sépare l'éclosion du chancre de la première explosion secondaire.

CHANCRE SYPHILITIQUE.

Synonymie. — Chancre *hunterien*, du nom d'un chirurgien et syphiliographe célèbre, J. Hunter, qui a tracé une description du chancre restée classique ; — chancre *induré*, dénomination empruntée à l'un des attributs les plus caractéristiques de la lésion, à savoir l'induration de base ; — chancre *infectant*, d'après une doctrine qui considérait le chancre comme un foyer infectieux d'où la virulence irradiait ultérieurement dans tout l'organisme.

Définition. — Le chancre est l'accident initial de la syphilis acquise.

Nosologiquement il n'est pas susceptible d'une autre définition. Il n'est pas chancre, en effet, de par tel ou tel de ses attributs physiques ou objectifs, à savoir de par sa forme, son étendue, sa couleur, son induration, etc., non plus que par son évolution et sa durée. Il est chancre en raison de caractères d'un tout autre ordre, d'un ordre supérieur, à savoir : parce qu'il est le premier résultat *in situ* de l'introduction du contage syphilitique dans l'organisme ; — parce qu'il a été précédé avant son éclosion d'une incubation classique ; — parce qu'il prélude au delà, avec une seconde incubation, à l'invasion des symptômes dits constitutionnels ou généraux ; — parce qu'enfin, avec certains caractères qui ne lui font guère défaut, il constitue l'expression première, toute locale en apparence, de l'infection spécifique.

Caractères anatomiques. — Anatomiquement, le chancre est ceci : un néoplasme tégumentaire à surface érosive ou plus rarement ulcéreuse.

Deux phénomènes essentiels le constituent, à savoir : 1° une infiltration néoplasique, une néoplasie du derme cutané ou muqueux ; — 2° un processus érosif de surface. — Je précise :

I. — *Le chancre est un néoplasme.* — Et, en effet, si l'on examine un chancre et si on le soumet à une dissection attentive, on trouve, sous l'érosion de surface, un ménisque ou un nodule de tissu morbide manifestement constitué par le dépôt, par l'infiltration d'éléments nouveaux au sein des éléments fondamentaux du derme ; on trouve, en un mot, une production nouvelle, un néoplasme.

Ce néoplasme, dit encore *sclérose primaire* ou *syphilome primaire*, affecte des formes diverses qu'on peut rattacher à deux types. Ainsi :

Tantôt il se présente étalé en *lamelle*, en ménisque, c'est-à-dire aplati et semblable à ce qu'est, par exemple, une pièce de monnaie ;

Et tantôt, plus épais, plus massif, plus globuleux, il affecte une forme *nodulaire*, semblable à une moitié de pois, à une demi-noisette.

Dans l'un et l'autre cas, il se différencie nettement des tissus périphériques par sa densité, sa résistance, sa *dureté*.

A la coupe, ce néoplasme offre l'aspect d'un tissu compact, lardacé, d'un rose pâle ou d'un gris rosé, peu vasculaire d'apparence.

Soumis à l'inspection microscopique, on le trouve constitué (d'après les travaux de Virchow, Robin, Cornil, Auspitz et Unna, Biesiadecki, Leloir, Neisser, Finger, Darier, etc.), par divers éléments, à savoir :

1° Des *fibrilles de tissu conjonctif*, extrêmement nombreuses, fines, déliées, s'entre-croisant et s'anastomosant en tous sens, de façon à former un véritable réticulum.

2° Dans les mailles de ce réseau, des *éléments cellulaires* surabondants, arrondis ou déformés par pression réciproque, de dimensions variables et très certainement aussi d'origines diverses (leucocytes issus des vaisseaux par diapédèse, éléments embryonnaires dérivés des cellules fixes du tissu conjonctif plus ou moins modifiées ; accessoirement, cellules épithélioïdes, et, très rarement, cellules géantes, etc.). — En toute évidence, cette prolifération exubérante d'éléments cellulaires constitue en l'espèce la lésion majeure ; c'est elle qui, jointe au réseau fibrillaire, donne à la lésion sa note dominante, son esprit (si je puis ainsi parler), en créant un néoplasme interstitiel qui devient en clinique le signe majeur du chancre, à savoir, l'*induration*, la fameuse induration de base.

Ce néoplasme chancreux peut être limité à la partie la plus superficielle du derme, comme aussi en occuper toute l'épaisseur. Il est assez rare qu'il se prolonge jusque dans l'hypoderme.

3° Des *lésions vasculaires*, intéressant les artères et les veines, mais prédominantes sur les artères.

Les artérioles du néoplasme se présentent affectées surtout dans leur membrane externe ou adventice, quelquefois aussi dans leurs trois membranes (*endo-méso-périartérite*), et cela toujours suivant le même mode, à savoir par infiltration surabondante d'éléments cellulaires. Elles sont donc épaissies, sclérosées. — Elles se présentent modifiées de forme, aplaties par pression extérieure provenant de la prolifération cellulaire ambiante. — Rétrécies de calibre par épaississement de leurs parois et, de plus, comprimées de dehors en dedans, elles peuvent arriver à s'oblitérer complètement (ce qui est intéressant au point de vue clinique, en expliquant la possibilité d'une fonte gangreneuse de l'induration). — D'autre part, elles sont toujours entourées d'une sorte de manchon néoplasique, formé

par des agglomérations de cellules qui se groupent autour d'elles comme sur un support, à la façon de cristaux autour de leur axe de cristallisation. — Enfin (autre détail important pour le clinicien), ces proliférations périvasculaires peuvent déborder le néoplasme et pousser des pointes d'irradiation dans les tissus sains (1).

4° Enfin, d'après Cornil, « les faisceaux nerveux qui passent dans le tissu induré du chancre peuvent être enflammés dans leur gaine lamelleuse et dans leur tissu conjonctif interstitiel ».

II. — *Le chancre est un néoplasme à surface érosive.* — Et, en effet, toujours le chancre, dans sa période d'état, se présente avec une surface *à vif*, suivant l'expression vulgaire, c'est-à-dire dénudée, dépourvue d'épiderme ou d'épithélium.

Cette dénudation de surface constitue ce qu'on appelle en clinique l'*érosion* chancreuse.

Comme règle, elle n'intéresse que la partie superficielle du derme. Rarement elle se prolonge plus avant, pour former une entamure réelle des tissus, c'est-à-dire une ulcération.

Elle débute toujours par le centre même de la lésion, pour s'étendre excentriquement et recouvrir presque toute l'aire de la production néoplasique.

Enfin, à sa circonférence, elle est le plus souvent bordée par un bourrelet légèrement exhaussé tant au-dessus d'elle que des parties saines périphériques.

Par quel processus intime se produit l'érosion qui surmonte le néoplasme? Est-cè, comme le disent Cornil et Leloir, par infiltration purulente des couches superficielle et intermédiaire de l'épiderme, avec altération cavitaire des cellules épidermiques? Vraisemblablement, oui. Mais, comment intervient ici le microbe spécifique, et quelle part prend-il à ce processus, quel rôle y joue-t-il ? Inutile de dire que nous ne sommes en rien renseignés sur ce point.

Toujours est-il — et ceci nous intéresse bien autrement — que cette érosion de surface du néoplasme chancreux se montre en général tout à fait remarquable par sa *superficialité* même. Superficielle, en effet, et beaucoup plus superficielle qu'on ne le croit usuellement est l'érosion du chancre syphilitique. Souvent, bien souvent, elle se borne à détruire les couches cornée et intermédiaire de l'épiderme, en respectant le corps muqueux qu'on trouve intact ou partiellement intact au fond de la lésion. D'autres fois elle entame ce corps mu-

(1) On conçoit l'excessive importance de ce fait pour un procédé thérapeutique que nous aurons à décrire sous le nom d'*excision* du chancre.

Finger a dit de même : « L'infiltration cellulaire envoie au loin (en dehors de l'induration proprement dite) des *traînées* qui se bifurquent, traînées en forme de rubans qui communiquent avec le foyer de la sclérose, s'étendent au loin dans le tissu cellulaire cutané et sous-cutané *en apparence sain*, et ne présentent à la pression du doigt aucune trace d'induration. »

queux, en décapitant les papilles ; mais c'est tout. Il est rare qu'elle pénètre plus avant (1).

J'ajouterai qu'enfin sur la circonférence du chancre, là où se remarque cette zone circulaire d'exhaussement dont je viens de parler, l'inspection microscopique révèle un certain degré d'hypertrophie de l'épiderme, du corps muqueux de Malpighi et de ses prolongements interpapillaires.

Somme toute, néoplasme intra-dermique, d'une part, et, d'autre part, érosion à la surface de ce néoplasme, voilà ce qu'est le chancre syphilitique, anatomiquement.

Or, cette constitution du chancre présente-t-elle quoi que ce soit de *spécial*, qui appartienne au chancre exclusivement et qui soit de nature à en constituer la caractéristique anatomique? — Non.

Quoi de spécial, d'abord, dans le néoplasme chancreux, tel que je viens de le décrire? Rien, absolument rien, de l'aveu des histologistes les plus autorisés. Des néoplasmes de cet ordre sont des productions banales et peuvent dériver, par exemple, d'inflammations vulgaires.

En second lieu, est-il quelque particularité plus spéciale dans le processus érosif du chancre? Pas davantage. Car, banale également et plus encore est une destruction de surface, que sont aptes à réaliser les causes les plus diverses.

Donc, *la spécificité du chancre ne ressort en rien de ses lésions anatomiques.*

Elle en ressort même si peu que Virchow a pu dire : « Anatomiquement, le chancre n'est qu'un ulcère gommeux » ; — que, pour Wagner, « l'altération anatomique qui constitue le chancre se reproduit identiquement dans toutes les lésions de la syphilis » ; — que, pour Cornil et Ranvier, « les lésions déterminées dans le tissu conjonctif par le chancre ne diffèrent pas essentiellement de celles que produit l'inflammation dans ce même tissu ; et qu'il n'existe pas de distinction histologique précise entre le chancre syphilitique et la gomme au début » ; etc., etc.

Caractères cliniques. — *Chancre expérimental.* — Le prototype du chancre nous est naturellement offert par les cas de syphilis expérimentale. Dans ces cas, en effet, la lésion développée à dessein, attendue, épiée, a pu être surprise dans son développement embryonnaire, étudiée dans ses moindres détails objectifs, surveillée à loisir depuis son éclosion première jusqu'à sa terminaison.

Eh bien, en quoi a consisté cette lésion ? — Dans tous les cas, et

(1) Voir, comme exemple, un très instructif *schéma de la coupe d'un chancre induré*, représenté par mon collègue et ami le Dr Cornil, dans ses *Leçons sur la syphilis*. — Voir de même Leloir, *Leçons sur la syphilis*, 1886.

quelle que soit la nature de la matière inoculée, ce que les observateurs ont noté est ceci :

I. — Après une incubation de quelques semaines en moyenne, apparition au point inoculé d'une petite *rougeur*, devenant bientôt une rougeur *papuleuse*, légèrement saillante ; — lenticulaire de forme ; — desquamative, exfoliante ; — puis, formation, à la surface de cette papule, d'un *exsudat croûtelleux*, lequel n'est qu'un masque recouvrant la lésion vraie ; — et, sous ce masque, lésion vraie, constituée par une *érosion* des téguments, érosion superficielle, rougeâtre, fournissant un léger suintement. — Tel est le début.

II. — Ultérieurement, *période de progrès*, où la lésion acquiert sa maturité de la façon suivante : 1° elle s'élargit excentriquement, jusqu'à présenter le diamètre d'une pièce de 20 centimes, puis celui d'une pièce de 50 centimes ; — 2° elle s'épaissit, prend du corps, devient plus saillante, en même temps qu'elle semble s'enfoncer, s'enchâsser dans les téguments ; — 3° elle devient rénitente, résistante au doigt, plus ou moins dure.

Simultanément, sa surface, accrue de proportions, reste érosive, excoriée, quelquefois ulcéreuse ; — et, de deux choses l'une, ou bien elle suppure à découvert, ou bien elle se revêt d'une croûte qui dissimule à la vue la dénudation dermique sous-jacente.

A cette époque, *stade de maturité* du chancre, la lésion a été comparée par les observateurs soit à un « condylome épais et résistant », soit à « un tubercule dur, à une plaque indurée, à un véritable tubercule plat avec érosion ou encroûtement de surface et induration de base », etc.

III. — Parvenue à ce degré de développement, la lésion reste stationnaire un certain temps (une, deux, trois semaines, suivant les cas), sans modifications bien appréciables. Il devient évident qu'elle a atteint son apogée et qu'elle va entrer dans une phase nouvelle, *phase de réparation*. Et, en effet, la croûte tombe, en laissant à découvert une plaie d'aspect simple, à tendance cicatricielle ; ou bien, si la plaie était restée à découvert, elle se modifie d'aspect, est envahie sur ses bords par un processus cicatriciel, puis se ferme à brève échéance.

Finalement, il ne reste plus de la lésion qu'une plaque cicatricielle d'un rouge brunâtre, avec léger épaississement et rénitence locale des tissus. — Ces derniers phénomènes, à leur tour, s'atténuent après un certain temps, s'effacent, et tout est dit.

Tel est le *chancre expérimental*.

Au total, donc, ce chancre consiste en ceci, comme caractères constitutifs : un *néoplasme* tégumentaire ; — une *induration* interstitielle de tissus ; — un *processus érosif* ou *ulcéreux* de surface.

Eh bien, c'est là le type sur lequel est calqué le chancre de contagion, qui nous intéresse bien autrement et que nous devons mainte-

nant étudier avec tous les détails que comporte sa haute importance pratique.

CHANCRE DE CONTAGION.

En dépit de sa courte durée, l'évolution de ce chancre peut être divisée naturellement en quatre périodes, de la façon suivante :

1° Période *de début* (éclosion du chancre) ;
2° Période *d'augment* ou de progrès (constitution du chancre) ;
3° Période *d'état* (chancre à maturité, chancre adulte) ;
4° Période *de réparation cicatricielle.*

1° *Période de début.* — Il est rare chez l'homme et tout à fait extraordinaire chez la femme que l'on observe le chancre à sa période embryonnaire. Toutefois, dans les cas où l'on a eu l'occasion de le surprendre à cette époque, on l'a vu constitué comme il suit :

I. — Sur le tégument cutané, par un tout petit « bouton » très légèrement papuleux, lenticulaire de forme, rougeâtre, desquamatif ou croûtelleux de surface.

II. — Sur le tégument muqueux (où il est infiniment plus commun), par une très petite érosion tout à fait superficielle, consistant presque en une simple exfoliation épithéliale ; — érosion de l'étendue d'une lentille, d'un grain d'orge, d'un grain de blé ; — érosion quelquefois arrondie ou même parfaitement circulaire, d'autres fois ovalaire, allongée, fissuraire, etc. ; — érosion plane, de niveau avec les parties voisines, sans arête circonférencielle et, conséquemment, sans bords ; — érosion rouge ou rougeâtre généralement, mais n'offrant d'ailleurs aucune coloration spéciale ; — érosion fournissant à peine un imperceptible suintement séreux ; — érosion, enfin, à base insignifiante ou tout au plus très légèrement épaissie. Quelquefois peut-être, en palpant très soigneusement, en roulant entre les doigts les téguments sur lesquels repose cette lésion, parvient-on à y percevoir la sensation d'une certaine rénitence circonscrite ; mais ce signe est tellement minime qu'il n'est guère à s'y arrêter et qu'on n'en saurait déduire rien de certain.

Et rien de plus. C'est là tout ce qu'on voit, tout ce qu'on perçoit ; aucun autre phénomène ne se présente à constater.

Si bien qu'à cette époque, c'est-à-dire dans les quatre premiers jours (durée que fort arbitrairement, je l'avoue, on assigne à cette période de début), le chancre n'offre aucun signe spécial qui le dénonce en tant que chancre. Bien loin de là. Il constitue véritablement à cette période la plus petite, la plus superficielle, la plus bénigne, *la plus insignifiante de toutes les érosions possibles.* Ce n'est pas quelque chose, pour ainsi dire ; c'est *moins que rien.* A ce point que, la première fois ou les premières fois qu'on est appelé à constater le chancre sous cette forme et à cet âge, *on y est toujours*

trompé. Et il est impossible en réalité qu'on ne s'y trompe pas.

Aussi bien, je l'affirme par expérience, *en pratique le chancre naissant est méconnu neuf fois sur dix*.

Et comment s'y trompe-t-on ? L'erreur commise en pareil cas est vraiment instructive et mérite d'être précisée.

Ou bien l'on prend pour un *herpès*, pour un herpès soit croûtelleux, soit érosif, le chancre en question ; — ou bien, ce qui est plus commun encore, on le considère comme une efflorescence cutanée insignifiante, comme une érosion vulgaire, comme une simple desquamation épithéliale, comme une écorchure, une égratignure, *un « bobo », un rien*. Dans l'un et l'autre cas, on s'empresse de rassurer les malades, on les congédie en leur garantissant une sécurité complète. Puis bientôt vient pour eux l'heure de la déception amère, laquelle a bien aussi pour le médecin son côté désobligeant.

2° *Période d'augment*. — Deux phénomènes principaux marquent le progrès du chancre. D'une part, l'érosion s'accroît et s'étend en surface excentriquement, mais en restant toujours superficielle, ou tout au moins en n'attaquant que les couches les plus extérieures du derme. — D'autre part, l'épaississement initial de la région devient de plus en plus manifeste ; les tissus qui sous-tendent l'érosion prennent une consistance morbide ; il semble qu'il se forme là une infiltration intra-dermique, un dépôt plastique, une *néoplasie* qui, nettement circonscrite à l'aire de la lésion, constitue sous cette lésion une sorte de base ou d'assise résistante.

Ces deux phénomènes marchent généralement d'un pas égal, à quelques exceptions près. Lorsque l'un et l'autre sont accomplis, le chancre est constitué.

3° *Période de maturité*. — Spécifions d'abord l'ensemble des attributs qui composent la caractéristique du chancre à cette époque, pour revenir plus tard en détail sur chacun d'eux.

Le chancre adulte, dans sa forme usuelle et en l'absence de complications, se présente sous l'aspect suivant :

1. Lésion bien circonscrite, d'étendue très limitée ;
2. Lésion non assujettie à une forme spéciale, mais le plus souvent ronde ou ovalaire ;
3. Lésion érosive de surface, bien plus souvent qu'ulcéreuse ;
4. Lésion se continuant sans ressaut et notamment sans bords à pic avec les tissus voisins ;
5. Lésion à fond lisse, égal, uni ;
6. Lésion n'ayant pas de coloration qui lui soit absolument spéciale, mais affectant plus volontiers l'une des deux teintes suivantes : soit la teinte rouge dite « chair musculaire », soit la teinte grisâtre du « lard ranci ».
7. Lésion suppurant peu et sécrétant de la sérosité louche plutôt que du véritable pus ;

8. Lésion présentant au-dessous de sa surface érosive une assise résistante, laquelle se traduit au palper par l'une des trois variétés d'induration dites induration noueuse, induration parcheminée, induration foliacée.

9. Lésion, enfin, remarquablement indolente et aphlegmasique, dépourvue de troubles fonctionnels, et pauvre en complications.

Tel est le type usuel du chancre.

Reprenons maintenant avec quelques détails les divers traits de ce tableau.

I. — D'abord, le chancre constitue toujours une lésion circonscrite, bien définie, bien limitée, se détachant et se différenciant des tissus sains périphériques et par son caractère de lésion érosive, et par sa couleur et par son induration.

Son étendue est presque toujours minime. Le chancre, peut-on dire, est usuellement une *petite* lésion, n'offrant guère comme surface que l'aire d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes, d'un haricot, d'une amande.

II. — Comme forme de contour, il est variable suivant le siège qu'il occupe, à savoir : tantôt orbiculaire ou ovalaire, quand il se développe sur une surface étalée ; — tantôt oblong, elliptique, allongé (comme dans la rainure glando-préputiale, par exemple, ou dans le pli génito-crural) ; — quelquefois absolument irrégulier, comme lorsqu'il siège au pourtour de l'ongle ou sur une région froncée, telle que l'anus.

III. — Son aspect général, sa physionomie d'ensemble est ce qu'il y a, pratiquement, de plus essentiel à bien déterminer. On connaît la vieille caractéristique du chancre, telle que les classiques la professaient autrefois et telle que se la représentent encore les gens du monde : « Ulcère creux, à bords taillés à pic, décollés ou renversés, à fond déchiqueté et de mauvaise mine, à suppuration ichoreuse, à tendance extensive, rongeante et menaçante, etc... » Or, est-ce là l'image, l'expression, la physionomie du chancre syphilitique ? Non, cent fois non ! Le chancre syphilitique ne répond en rien à cette antique formule ; à ce point même que sa caractéristique vraie en constitue presque le contre-pied.

D'abord, loin d'être un ulcère creux, il consiste bien plutôt en une *érosion*, en une simple érosion, qui n'intéresse le derme que superficiellement et dans ses couches les plus extérieures. Tout compte fait, huit à neuf fois sur dix, le chancre de la syphilis est simplement érosif et non pas ulcéreux.

Deux fois sur dix, il est ulcéreux, c'est vrai, mais à quel degré ? Il n'attaque tout au plus le derme que dans ses couches moyennes ; presque jamais il n'est profond, à la façon, par exemple, du chancre simple ou des syphilides gommeuses. Au total, il n'est jamais, peut-on

dire, que superficiellement ulcéreux. (Cela sous réserve de formes exceptionnelles que je signalerai en temps et lieu.)

Aussi bien, loin d'être excavé, se présente-t-il habituellement avec une surface *plate*, qui se tient exactement de niveau avec les tissus périphériques.

S'il offre quelquefois une dépression véritable en forme de godet, il doit surtout cette disposition (comme nous le verrons dans un instant) à l'exhaussement de sa circonférence plutôt qu'à un évidement de tissu, qu'à une excavation, à une perte de substance. Et d'ailleurs, plus souvent encore il affecte un aspect inverse, en se présentant, surtout dans ses phases avancées, sous forme d'un petit mamelon saillant, exhaussé, dépassant le niveau des parties saines. — Exagéré, ce dernier aspect constitue ce que nous décrirons plus tard sous le nom de chancre papuleux.

IV. — En tant que configuration marginale, trois aspects possibles :

Ou bien, quand le chancre est plat, son érosion se continue de plain-pied avec les téguments sains, sans ressaut, sans arête, sans rien qui ressemble à une entamure ;

Ou bien, quand il est plus ou moins creux, les parties périphériques de son érosion s'inclinent en pente douce et se raccordent insensiblement avec les portions centrales, de sorte que l'ensemble de l'ulcération rappelle la forme d'un godet, d'une cupule (chancre *cupuliforme*) ;

Ou bien encore cette disposition cupuliforme se trouvant exagérée par un bourrelet annulaire de l'induration au pourtour de la circonférence érosive, l'ensemble de la lésion prend assez exactement l'aspect d'un lampion (chancre dit *en lampion*).

En tout cas — et ceci est absolument essentiel à spécifier — le chancre syphilitique ne présente jamais ces fameux bords *à pic* dont on l'avait indûment doté jadis et que persiste à lui conserver une tradition routinière. Jamais on ne le voit séparé des tissus sains par une entaillure droite, perpendiculaire aux téguments, semblable à une incision « faite au bistouri ». Cet aspect de bords lui est étranger et n'appartient qu'à d'autres processus ulcératifs, à l'ulcère gommeux par exemple. Donc, loin de constituer un signe de chancre syphilitique, l'entamure à pic dénonce que la lésion qui affecte cette disposition particulière n'est pas un chancre syphilitique ; voilà ce qui ressort rigoureusement de l'observation.

D'ailleurs, dans la grande majorité des cas, le chancre syphilitique *n'a même pas de bords*, sa circonférence se continuant et se raccordant sans ressaut avec les tissus sains avoisinants.

V. — Quant à son *fond*, c'est-à-dire à l'aire de sa surface érosive, le chancre offre un caractère non assez remarqué, dont le diagnostic différentiel tire parfois utilement profit. Ce fond, en effet, au lieu d'être (comme dans le chancre simple) inégal, anfractueux, alvéolaire,

déchiqueté, se présente au contraire lisse, égal, uni. Il est même tellement lisse parfois qu'il en devient comme poli, reluisant, irisé ; on dirait presque, en certains cas, qu'on a passé sur lui un vernis brillant.

VI. — Le chancre n'a pas de *couleur* qui lui soit spéciale. Il est susceptible au contraire de teintes assez variées, souvent complexes et se prêtant mal à une description. Toutefois, dans la plupart des cas, il affecte telle ou telle des deux teintes suivantes qui sont véritablement ses teintes favorites, et dont l'une (la seconde) est presque révélatrice, à savoir : la teinte grise ou la teinte rouge dite « chair musculaire ».

1. Le *chancre gris* se présente avec une coloration d'un gris sale, terne ou légèrement ardoisé, rappelant soit la nuance de certaines productions diphthéritiques, soit la coupe de ces tumeurs qu'on appelait autrefois des squirrhes, soit mieux encore l'aspect terne du vieux *lard* qui commence à rancir.

Cette coloration est due à un exsudat pelliculaire ou pseudo-membraneux, mince et demi-transparent, qui tapisse le fond de la plaie et qui lui adhère assez intimement pour n'en pouvoir être détaché (1). Comme cet exsudat ne couvre en général que les portions centrales du chancre sans se continuer jusqu'à ses bords, il arrive le plus souvent que le centre seul de la lésion présente la teinte grise dont je viens de parler, tandis que la zone circonférencielle, dans l'étendue d'un à deux millimètres, conserve une coloration rouge ou rougeâtre, laquelle n'est autre que celle du derme dénudé.

2. Le *chancre rouge* est plus frappant et plus caractéristique d'aspect. Il offre, dans toute sa surface, une teinte d'un beau rouge, d'un rouge pourpre foncé, ou, plus exactement encore, d'un rouge rappelant tout à fait la couleur du muscle fraîchement disséqué.

Ce chancre *chair musculaire*, comme je l'ai qualifié de vieille date, est particulièrement commun. Je n'oserais en dire la teinte pathognomonique ; mais j'affirme qu'elle est assez spéciale en nombre de cas pour frapper l'œil de prime abord et fournir au diagnostic un très utile appoint.

Un autre aspect est quelquefois offert par le *chancre pétéchial*, dont la surface est semée d'un piqueté brun, constitué par des exsudats sanguins, par de petites apoplexies miliaires. Cette particularité (dont on ne se rend bien compte que par un examen à la loupe) appartient presque en propre, je crois, au chancre syphilitique (2).

VII. — Qu'il se présente sous telle ou telle forme, le chancre sup-

(1) Examinée au microscope, cette fausse membrane « en toile d'araignée », qui constitue ce qu'on appelait autrefois la *couenne* du chancre, est constituée par un feutrage serré de fibrilles réticulées, contenant dans leurs mailles des cellules lymphatiques et des cellules d'épithélium corné. On dit vaguement que la substance de cette fausse membrane est composée par une matière analogue à la fibrine ; mais la nature chimique n'a pu encore en être nettement déterminée.

(2) Voy. pièce 217, Musée de l'hôpital Saint-Louis, collection Fournier.

pure peu. Assurément il suppure bien moins qu'une plaie ordinaire, qu'une plaie, par exemple, résultant d'un traumatisme ou consécutive à l'application d'un caustique. Souvent même sa sécrétion est *minime* et comparable à celle de l'érosion la plus superficielle, d'un herpès, d'une exfoliation épithéliale de balanite, etc.

D'autre part, sa sécrétion est moins du pus véritable que de la sérosité mêlée de pus. C'est un liquide grisâtre ou gris jaunâtre, ténu, louche, non lié, qui ne ressemble en rien au pus « louable » des chirurgiens.

Il n'est guère que le chancre ulcéreux et le chancre *infecté* par des microbes de provenance étrangère qui fournissent du véritable pus.

VIII. — Enfin, ce que le chancre présente à coup sûr de plus caractéristique, c'est son assise indurée ou ce qu'abréviativement on appelle son INDURATION.

Si l'on vient à palper attentivement la base du chancre, en la saisissant et la serrant entre deux doigts, on perçoit là une sensation spéciale que ne donne pas au même toucher une lésion ou une plaie vulgaire. Au-dessous d'une plaie simple, on trouve des téguments souples ; ou bien, en cas d'inflammation de cette plaie, on trouve les parties sous-jacentes doublées d'une rénitence particulière, décrite sous les noms d'empâtement, d'engorgement, d'œdème inflammatoire. Or, tout autre est la sensation que fournit la base du chancre.

Sous la base du chancre on perçoit une résistance, une dureté toute *spéciale*, et spéciale à deux titres surtout qu'il importe de déterminer :

Spéciale, d'une part, *par sa circonscription*. Elle existe là où existe le chancre, ne le débordant au plus que d'un ou de quelques millimètres ; elle cesse brusquement là où se termine le chancre, sans se continuer, sans se perdre par degrés insensibles dans les tissus voisins ;

Spéciale, en second lieu, *par la sensation qu'elle fournit*. Elle offre au toucher une résistance propre, qui n'est ni celle de l'œdème, ni celle de l'empâtement inflammatoire. C'est une dureté *sèche*, *élastique*, presque *sui generis*, qu'il est à peu près impossible de définir, et que l'on a comparée avec plus ou moins d'exactitude à celle du caoutchouc, du carton, du parchemin, du cartilage, etc. On a dit encore avec assez de justesse qu'elle donne aux doigts « la sensation d'un corps étranger résistant qui se trouverait enchâssé dans la peau ».

Cette induration ne se rencontre pas toujours avec les mêmes caractères ; et cela se conçoit de reste. Car elle n'est que l'expression sensible d'une lésion à laquelle elle reste subordonnée ; elle ne fait que traduire sous le doigt ce qu'est le néoplasme sous le chancre ; donc, elle est ce qu'est ce néoplasme.

Or, le néoplasme qui double l'érosion chancreuse est susceptible, comme on l'a vu précédemment, de variétés nombreuses, surtout à deux points de vue. Ainsi : 1° comme degré de développement, comme volume, il peut être gros, moyen ou petit ; — 2° comme forme, tantôt il s'étale et s'aplatit en ménisque, en pièce de monnaie ; tantôt, au contraire, plus massif, plus globuleux, il se renfle en « moitié de pois », en demi-noisette.

De là des variétés corrélatives de l'induration clinique, à savoir :

1. *Variétés comme volume.* — A ce point de vue, il est des indurations de tout ordre : indurations minimes, au point d'être à peine perceptibles ; — grosses indurations, indurations massives, comparables à des demi-pois, à des demi-noisettes, à des olives, voire (exceptionnellement) à une moitié de prune ; — et, entre ces extrêmes opposés, tous degrés intermédiaires.

2. *Variétés comme forme.* — Celles-ci sont plus importantes encore et très essentielles à déterminer pour la clinique.

L'induration chancreuse se présente sous tel ou tel des deux aspects suivants :

I. — INDURATION NODULAIRE, dite encore *noueuse*, *semi-globuleuse* ou *profonde*. — Celle-ci se présente sous forme d'une nodosité plus ou moins volumineuse, qui s'enfonce à une certaine profondeur dans les tissus sous-jacents. Elle donne aux doigts la sensation d'un véritable *calus* situé sous le chancre, d'un noyau dur et épais implanté dans les chairs jusqu'à une certaine profondeur.

II. — INDURATION EN MÉNISQUE APLATI, OU INDURATION LAMELLEUSE. — Très différente de la première, elle consiste en une infiltration tout à fait superficielle des tissus affectés par le chancre. C'est une induration qui *s'étale en surface*, pour former au-dessous du chancre une sorte de *lamelle* mince et aplatie comme une pièce de monnaie, comme une feuille de papier.

Cette forme, à son tour, comporte deux degrés :

1. Si la lamelle rénitente qui sert d'assise au chancre présente une certaine épaisseur, une certaine rigidité, elle fournit au toucher une sensation que M. Ricord a très bien définie en la comparant à celle d'un *parchemin* qu'on essaie de ployer entre les doigts. Il est positif en effet que le chancre qui s'indure suivant ce mode semble doublé d'une lamelle de parchemin. Si vous venez à exercer sur lui une légère pression, en le prenant aux deux extrémités d'un de ses diamètres, vous sentez très nettement qu'il résiste sous vos doigts, exactement comme ferait un parchemin ou une carte de visite dans les mêmes conditions.

C'est à cette première variété de l'induration lamelleuse qu'on a donné — ou, pour parler plus justement, que M. Ricord a donné — le nom d'*induration parcheminée*.

2. Mais il s'en faut que l'induration lamelleuse, chez la femme

spécialement, se présente toujours aussi fortement accentuée. Souvent elle est moindre, bien moindre, voire rudimentaire, et comparable à ce que serait une feuille de papier doublant l'érosion chancreuse. La perception qu'elle fournit alors n'est plus sensible qu'à un toucher attentif et minutieux ; elle se réduit à la sensation de minime résistance qu'oppose une feuille de papier roulée entre les doigts. — Ce degré le plus atténué de l'induration chancreuse est dit en langage technique *induration foliacée* ou *papyracée*.

En résumé donc, l'induration chancreuse comprend deux formes :

1. Induration nodulaire;
2. Induration lamelleuse.

Et celle-ci comporte deux degrés :

1. Induration parcheminée;
2. Induration foliacée.

Déduction pratique : La perception de l'induration en tant que signe clinique sera plus ou moins facile, plus ou moins difficile suivant les cas.

Elle sera facile dans les cas d'induration noueuse et massive. Il est telles indurations, en effet, que le doigt le plus novice reconnaîtra du premier coup, tant elles sont grosses et dures. Il en est même que besoin n'est pas de toucher, car *on les voit*. Dans cette catégorie se rangent tous les cas où l'exubérance du néoplasme communique à l'induration une dureté presque chondroïde, ou bien exhausse le chancre en forme de mamelon saillant, ou bien encore constitue à son pourtour une crête annulaire.

Mais, à l'extrême opposé, la perception de ce même signe pourra n'être obtenue qu'au prix d'un toucher attentif, répété, minutieux. Elle échappera sûrement à des doigts novices et ne se révélera qu'à des doigts expérimentés. Fort souvent, en effet, l'induration n'est pas ce qu'on la suppose, ce qu'on se la représente *à priori* quand on aborde l'étude de la syphilis. Sur la foi du mot, on admet théoriquement qu'en touchant un chancre induré on ne manquera pas de sentir sous le doigt une nodosité véritable, quelque chose de grossièrement tangible et appréciable, quelque chose comme un calus, un noyau de cartilage, etc. Que l'induration se présente quelquefois sous une telle forme, c'est possible. Mais ce qui n'est pas moins vrai, c'est qu'elle est souvent peu de chose, fort peu de chose, à savoir un signe minime qui, loin de s'imposer à l'observateur, est merveilleusement fait pour lui échapper, un signe qu'il faut rechercher pour le trouver, qu'il faut même forcer à se traduire, je ne dirai pas par une méthode spéciale, mais par un *savoir-faire* spécial.

De là, comme conséquence, nécessité d'une certaine *éducation* pour parvenir à dépister et à apprécier certaines indurations difficilement perceptibles. Il en est, en effet, du palper de l'induration comme de l'examen de l'œil, comme du toucher dans la grossesse. Il

ne suffit pas de regarder dans un ophthalmoscope pour y voir quelque chose, non plus que d'introduire l'index dans le vagin d'une femme enceinte pour percevoir l'effacement ou la dilatation du col. De même il ne suffit pas de palper un chancre pour le reconnaître induré ou non induré. Il faut savoir *comment palper ce chancre* pour y trouver tel signe qu'on y recherche.

Eh bien, pour reconnaître l'induration chancreuse (alors, bien entendu, qu'elle ne s'impose pas de prime abord), il faut procéder suivant certaines règles. A savoir :

I. — D'abord, *isoler le chancre des parties périphériques*. Pour cela, le saisir aux extrémités opposées d'un de ses diamètres, à ses pôles opposés, et non pas (comme ne manquent guère de faire les novices) à une certaine distance de ces pôles. — Car, si l'on interpose entre le chancre et les doigts une certaine épaisseur de tissus sains, il est fort possible que la souplesse normale de ces tissus masque ou ne laisse pas percevoir l'induration, laquelle, on le sait, est toujours exactement circonscrite à la base même de l'érosion chancreuse.

II. — En second lieu, *isoler le chancre des parties sous-jacentes*. Pour cela, le saisir superficiellement et le soulever quelque peu, comme si l'on voulait le détacher des tissus situés au-dessous de lui. — Car, de même que précédemment, la souplesse normale de ces tissus pourrait donner le change et masquer le signe morbide à percevoir.

III. — Enfin, le chancre étant saisi de la sorte et immobilisé entre les doigts, exercer du pouce à l'index une pression douce, délicate, plusieurs fois renouvelée, et cela parallèlement à la surface du chancre, dans la direction de son plan. — C'est dans ce mouvement d'opposition des doigts qu'on perçoit alors cette résistance toute particulière et indéfinissable qui traduit les indurations parcheminées ou foliacées, résistance assez exactement analogue à celle qu'on perçoit en pressant entre les doigts, parallèlement à sa surface, une fine carte de visite ou une feuille de papier.

Plus facile à exécuter qu'à décrire, cette petite manœuvre est indispensable à la perception des indurations légères, notamment des indurations en surface, en ménisque. Si on la néglige ou si on la pratique d'une façon défectueuse, on laissera échapper des indurations qu'une main plus expérimentée saura parfaitement découvrir et apprécier.

IX. — Enfin, le chancre syphilitique constitue une lésion remarquablement *indolente*, *aphlegmasique*, *dépourvue de troubles fonctionnels* et *pauvre en complications*.

Très positivement, il naît, se développe et s'éteint sans douleur. Sans doute il est un peu sensible quand
lave, quand on le panse ; mais, une foi
n'existait pas, et les malades n'en so

que trois ou quatre fois, en dehors d'irritations ou de complications, le chancre devenir l'origine d'élancements locaux et de véritables douleurs névralgiques.

De même, il est aphlegmasique, c'est-à-dire dépourvu de tous symptômes d'éréthisme inflammatoire. Les tissus qui l'environnent ne sont nullement influencés par lui et semblent indifférents à sa présence.

Il ne devient douloureux et inflammatoire que sous l'influence de causes d'irritation surajoutées, telles que frottements, froissements, malpropreté, défaut de pansements ou pansements avec substances excitantes, fatigues, érections, coït, excès alcooliques, contact de l'urine ou des matières fécales, etc., etc.

Aussi bien, par lui-même et en dehors de telles causes, n'éveille-t-il ni troubles fonctionnels (réserve faite pour ceux qui peuvent dériver de son siège, alors, par exemple, qu'il réside sur l'urèthre, l'anus, l'amygdale, etc.), ni complications.

Aussi bien encore, très fréquemment, reste-t-il soit *inaperçu* du malade, soit *méconnu* en tant que chancre, et cela parce qu'il ne fait pas souffrir, parce que parfois même il n'est pas senti, parce qu'en raison de son indolence et de sa bénignité les malades se refusent à le considérer comme origine possible d'une maladie telle que la vérole. Ce n'est pas une rareté, surtout à l'hôpital, de rencontrer des malades qui, actuellement affectés d'un chancre génital, déclarent de la meilleure foi du monde « n'avoir jamais eu le moindre mal à la verge », et qui restent stupéfaits quand on leur montre le chancre qu'ils renient : « C'est étonnant, vous disent-ils, je ne m'étais aperçu de rien. » — Et il est bien plus commun encore que certains malades, tout en ayant remarqué leur chancre, l'aient pris pour toute autre chose qu'un chancre. « Pour sûr, vous disent ceux-là, ce que j'avais n'était pas un chancre ; c'était un *bouton*, une écorchure, un bobo, car cela ne m'a jamais fait mal, et cela a guéri tout seul. » Double raison qui, à leurs yeux, est exclusive du chancre, mais qui pour nous comporte un sens tout différent.

4° — *Période de réparation cicatricielle.* — I. — Une fois constitué avec l'ensemble des caractères qui précèdent, le chancre reste toujours stationnaire un certain temps, sans présenter ni tendance à s'accroître, ni tendance à se réparer.

Puis, un travail de répar[illegible] s'accusant par les deux phénomènes que vo[illegible]

1° *Modification de le*[illegible] ancre, laquelle se déterge de sa couche [illegible] grise ou de rouge qu'elle était, devient [illegible] spect à une plane simple en vu[illegible]

2° *Exhausve*[illegible] ration.

Ce fond s'élève, devient en général quelque peu proéminent et légèrement papuleux.

Bientôt les bords de la lésion sont envahis par une fine cicatrice, qui constitue d'abord à la circonférence du chancre une sorte de collerette grisâtre. Cette cicatrice s'étend de jour en jour en suivant une marche centripète, à mesure que l'érosion se rétrécit d'autant ; finalement, elle se complète, et cela d'une façon toujours assez rapide, très rapide même dans la plupart des cas.

Dans les premiers temps, la cicatrice du chancre offre une coloration d'un rouge un peu sombre. Puis, elle se décolore, blanchit et s'efface.

Le plus souvent elle s'efface d'une façon complète, absolue, en sorte qu'il n'en reste plus traces à un moment donné. La règle, en effet, comme on l'a dit de vieille date, est que le chancre syphilitique disparaisse *sans cicatrice et sans stigmate*. Rien d'étonnant à cela d'ailleurs, puisque, pour la grande majorité des cas, le chancre n'est qu'une lésion érosive.

Mais cette règle comporte deux exceptions.

D'abord, il est des chancres (et ce sont, naturellement, les chancres de modalité ulcérative) qui laissent après eux une cicatrice nettement apparente de par sa couleur et de par sa surface déprimée. Bien plus souvent, toutefois, on n'a affaire qu'à des cicatrices superficielles, planes, presque insignifiantes, mais perceptibles à un examen attentif ou à l'aide de la loupe.

En second lieu, certains chancres déterminent *in situ* un processus de pigmentation plus ou moins accentué, et leur cicatrice reste, soit en totalité, soit plus spécialement vers sa circonférence, teintée d'une coloration ou noirâtre ou bronzée ou bistrée, laquelle subsiste fort longtemps, au grand désespoir des malades, pour ne blanchir qu'après de longues années. Ce sont les chancres cutanés seuls et, plus spécialement, les chancres du fourreau qui présentent ce fâcheux privilège.

II. — *Que devient l'induration au moment où le chancre se cicatrise?* — Trois ordres de cas s'observent en clinique, mais avec une très grande inégalité de fréquence. Ainsi :

1° Il n'est pas impossible que l'induration disparaisse avec le chancre et qu'on ne la retrouve plus dès la cicatrice faite. Mais cela est très rare, presque exceptionnel, et ne s'observe guère que dans les cas de chancre à induration foliacée, chez la femme spécialement.

2° En revanche, le cas usuel, ce qu'on peut appeler la règle, c'est que l'induration *survive* à la cicatrisation et soit encore nettement, très nettement appréciable sous la cicatrice pour un certain temps.

Combien de temps peut durer cette *survie* de l'induration ?

Grandes variétés à ce point de vue, en relation avec le développement du noyau néoplasique. C'est ainsi que les indurations foliacées s'effacent presque aussitôt après la cicatrisation ; — que les indura-

tions parcheminées demandent au moins quelques semaines pour disparaître ; — et que les indurations globuleuses, à gros noyau, persistent au minimum plusieurs mois. Il n'est même pas rare, pour celles-ci, d'en trouver encore vestige après une année.

Toujours ce processus régressif de l'induration s'accomplit d'une façon progressive. D'une part, le néoplasme (sous forme de noyau ou de ménisque, n'importe) diminue de volume, se réduit, se résorbe; d'autre part, il diminue de rénitence, s'assouplit, s'amollit et ne donne plus aux doigts que la sensation d'un noyau pâteux. Finalement, il disparaît.

3° Exceptionnellement, enfin, on peut voir l'induration continuer à s'accroître comme volume et à s'accentuer comme rénitence après la cicatrisation du chancre. J'ai observé ce fait notamment, et cela d'une façon bien authentique, sur les chancres de la rainure glando-prépuiale.

Durée. — Forcément variable, parce qu'elle est soumise à des conditions multiples et diverses, telles que les suivantes, prises comme exemples : dimensions et caractères de la lésion (les grands chancres guérissent plus lentement que les petits; les chancres érosifs se réparent plus vite que les chancres ulcéreux); — influences de siège (le chancre du col utérin, par exemple, se cicatrise souvent avec une rapidité surprenante ; inversement, les chancres du méat uréthral ou de l'anus, irrités par l'urine ou déchirés par le bol fécal, ont toujours une durée relativement longue); — absence de traitement et d'hygiène; — irritations locales, complications inflammatoires, etc. — Mentionnons aussi la grossesse, qui a pour effet constant d'entretenir toutes les lésions vulvaires et d'en retarder la cicatrisation ; le chancre, tout naturellement, n'échappe pas à cette influence.

Toujours est-il que cette durée est généralement remarquable par sa *brièveté*. Dépourvu de complications et de causes d'entretien, le chancre syphilitique dure peu. On peut dire qu'en moyenne il ne demande guère plus de quatre à six semaines pour accomplir toutes ses périodes et aboutir à cicatrisation. — Quelquefois cette durée atteint sept ou huit semaines, et il faut vraiment des complications pour la prolonger davantage. — Parfois aussi elle est plus courte et descend à une vingtaine de jours. — Dans un cas, enfin, j'ai vu un chancre, que j'ai observé et suivi assidûment *depuis son début embryonnaire jusqu'à sa terminaison*, évoluer complètement, c'est-à-dire naître, progresser et se cicatriser en l'espace de *quatorze jours*. Cinq ou six jours plus tard il n'en restait même plus vestige, au point qu'il me fut impossible d'en retrouver le siège.

Résumé. — Caractère dominant de la lésion primitive : **Bénignité.** — Que si maintenant, après avoir analysé dans ses détails la symptomatologie du chancre, on vient à la considérer d'ensemble, il est

impossible de ne pas être frappé d'un fait majeur qui la domine et la résume. Ce fait, c'est la *bénignité* du chancre à toutes ses périodes, c'est l'*importance minime* du chancre en tant que lésion, d'un bout à l'autre de sa courte durée.

Et, en effet, qu'est-ce que le chancre à son début ? La plus insignifiante des érosions, une écorchure, une égratignure, un rien.

Qu'est-ce que le chancre plus tard ? Une érosion reposant sur une base épaissie.

Et plus tard encore, à son summum de développement ? Une plaie limitée, en général simplement érosive, indolente, sans tendance à s'étendre non plus qu'à se creuser ; quelque chose comme un herpès élargi ; quelque chose comme le plus superficiel et le plus bénin des traumatismes.

Puis, enfin, cette érosion se répare, se cicatrise. Et tout est dit. C'est là toute la lésion. Le chancre est cela et rien de plus.

Ainsi, cette lésion, loin d'avoir tendance à s'étendre, se limite à des proportions exiguës ; — loin de se creuser, reste superficielle, effleurant plutôt qu'entamant les tissus ; — loin de traîner en longueur, se juge avec une rapidité surprenante ; — loin d'être menaçante et rebelle, ne demande qu'à s'effacer, qu'à disparaître, qu'à guérir, et cela, même livrée à son impulsion propre, même en dehors de toute intervention curative.

Cette symptomatologie *anodine*, est bien faite, on en conviendra, pour surprendre, et ne laisse pas de surprendre médecins et malades en bon nombre de cas. On n'est guère disposé, en effet, à admettre théoriquement qu'une grande maladie telle que la syphilis puisse avoir pour exorde un accident d'une telle bénignité. Et tel est cependant le chancre, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas.

BUBON SATELLITE.

L'infection syphilitique primitive, ai-je dit, se compose de deux ordres de lésions, à savoir : 1° le chancre, que nous venons d'étudier ; — 2° des lésions de voisinage, composant ce qu'on pourrait appeler l'irradiation régionale du chancre, se produisant sur le système lymphatique et sur le district de ce système en relation anatomique avec le chancre.

Ces lésions lymphatiques affectent principalement (au point de vue clinique du moins) les ganglions, et, accessoirement, les vaisseaux blancs qui servent de trait d'union entre les ganglions et le chancre.

Toute l'histoire clinique de ces lésions a été tracée de main de maître par Ricord ; c'est là une des belles œuvres de ce grand syphiliographe, dont le nom doit trouver place en tête de ce chapitre.

Le chancre syphilitique retentit pathologiquement sur le ganglion ou sur les ganglions qui sont en relation anatomique avec le département tégumentaire qu'il affecte, et crée là une affection spéciale qui a reçu les noms de bubon primitif, adénopathie primitive, bubon symptomatique, ou, mieux encore, *bubon satellite*.

I. — **Caractère constant du bubon satellite.** — Le premier point à mettre en vedette de cet exposé, est le caractère constant, « fatal » (Ricord), du bubon satellite à la suite du chancre syphilitique.

Ce bubon, en effet, n'est en rien un accident, une éventualité, une complication du chancre ; c'en est, au contraire, un symptôme annexe, nécessaire, obligatoire, *constant*. En cela, tout d'abord, il diffère de tous les autres bubons symptomatiques, qui, suivant les cas, se produisent ou ne se produisent pas et, somme toute, ont la liberté de faire défaut. Lui, il n'a pas la liberté de faire défaut. « Il est le *compagnon fidèle* du chancre ; il l'escorte invariablement, fatalement ; il suit le chancre comme l'ombre suit le corps... *Pas de chancre infectant sans bubon*, voilà ce qu'on peut donner hardiment comme une *loi* pathologique » (Ricord).

Et, en effet, les quelques exceptions prodigieusement rares que l'on pourrait opposer à cette *loi de Ricord* ne feraient que la confirmer par leur rareté même. Certes, on a vu des chancres syphilitiques sans bubon. Ainsi, à n'en citer qu'un exemple, un de mes clients de ville a dû sa syphilis à un chancre typique de la verge qui est resté sûrement indemne de bubon. Ni M. le Pr Tillaux (qui m'a adressé le malade à propos de cette anomalie extraordinaire) ni moi ne sommes jamais parvenus à découvrir sur lui le moindre ganglion inguinal. Mais des cas de cet ordre, combien en pourrait-on citer? Quelques-uns tout au plus. Pour ma part, j'ai repris à nouveau l'examen de la question, et je suis en mesure de dire que, sur 5.000 malades de la ville affectés de chancres de toutes régions, je n'ai vu le bubon primitif faire défaut qu'en *trois cas*. Un symptôme qui ne fait défaut que trois fois sur 5.000 cas est bien certes de l'ordre de ceux qu'en clinique il n'y a guère exagération à qualifier de *constants*.

D'ailleurs, l'absence du bubon ne pourrait-elle pas être explicable, au moins pour certains cas, par l'absence ou l'ectopie d'un département du système lymphatique ? Des anomalies de ce genre ont été, paraît-il, observées quelquefois dans ce système. Un savant anatomiste, M. le Dr Poirier, m'a dit en avoir recueilli quelques exemples et m'a communiqué la relation d'un cas où les ganglions inguinaux superficiels étaient, d'un côté, réduits à deux, et, de l'autre, faisaient absolument défaut (1).

(1) Voici un extrait de la note que M. le Dr Poirier a bien voulu me remettre sur ce cas éminemment curieux :

« Sur un sujet mâle, âgé de 62 ans, très gras, j'ai constaté l'absence des ganglions

II. — **Siège.** — Où se produit le bubon symptomatique du chancre ? Réponse catégorique : Là où se rendent les lymphatiques de la région occupée par le chancre, c'est-à-dire dans les ganglions qui sont les aboutissants anatomiques du département cutané qu'affecte le chancre ; — et là seulement, jamais ailleurs.

Exemples : Si le chancre réside aux parties génitales, ce sont les ganglions inguinaux qui se prennent, tous les autres, comme ceux de l'aisselle ou du cou, restant indemnes. — S'il réside aux lèvres, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui s'affectent, ceux de toute autre région restant indemnes. — S'il siège au sein, ce sont les ganglions axillaires qui seuls sont intéressés ; — et ainsi de suite.

Il y a grand intérêt pour la pratique à être renseigné d'une façon exacte, anatomique, sur le siège du bubon par rapport aux différentes localisations que peut affecter le chancre. Le tableau suivant renseignera le lecteur à ce propos :

Siège du chancre :	Bubon correspondant :
Chancres génitaux (c'est-à-dire chancres des grandes lèvres, des petites lèvres, de la fourchette, du méat urinaire, de l'urèthre, de l'entrée du vagin, etc.)...	Ganglions inguinaux.
Chancres péri-génitaux (chancres du périnée, des régions génito-crurales, du mont de Vénus, de la cuisse, des fesses, etc.).	Ganglions inguinaux.
Chancres de l'anus, de la marge de l'anus.	Ganglions inguinaux.
Chancres des lèvres et du menton.....	Ganglions sous-maxillaires.
Chancres de la langue.....	Ganglions sus-hyoïdiens.
Chancres des paupières.....	Ganglion pré-auriculaire.
Chancres des doigts.....	Ganglion épitrochléen. — Ganglions axillaires.
Chancres du bras.....	Ganglions axillaires.
Chancres du sein.....	Ganglions axillaires (quelquefois ganglions sous-pectoraux).
Chancres du col utérin.....	Ganglions pelviens (théoriquement). — En général, rien dans les aines. Exceptionnellement, bubon inguinal (1).

lymphatiques superficiels de l'aine gauche. — J'avais fait transporter dans mon laboratoire ce sujet, qui avait servi aux exercices de médecine opératoire, pour disséquer une hernie crurale volumineuse dont il était porteur. En disséquant la couche superficielle, je fus étonné de ne point rencontrer les ganglions lymphatiques dont la présence est constante dans la région. Mon attention étant appelée de ce côté, j'étendis ma dissection des couches superficielles à toute la région ilio-inguinale ; et cela sans trouver trace de ganglions. Comme la peau était doublée d'un pannicule graisseux fort épais, je cherchai avec soin dans l'épaisseur de ce pannicule sans pouvoir découvrir un seul de ces petits corps ovoïdes, rougeâtres, qui représentent les ganglions lymphatiques... Par contre, le groupe ganglionnaire profond, occupant le tiers interne de la gaine fémorale-vasculaire (vrai canal crural) était bien développé... Du côté droit, je trouvai seulement deux petits ganglions dans le pannicule graisseux sous-cutané, vers l'angle interne et supérieur du triangle de Scarpa. — ... Je note que la ligature de l'artère fémorale n'avait pas été faite à gauche, ce qui répond à l'objection que des ganglions superficiels auraient pu être enlevés au cours de l'opération... » (Dr Poirier.)

(1) Ce tableau sera complété dans le chapitre relatif aux chancres extra-génitaux.

Quelques remarques, dont l'une fort importante, relativement au bubon symptomatique du chancre de la verge.

1° Le bubon symptomatique des chancres de la verge peut être ou *simple* ou *double*, c'est-à-dire affecter exclusivement les ganglions inguinaux d'un côté du corps ou bien intéresser à la fois les ganglions des deux aines.

2° Mais, pour la très grande majorité des cas, il est *double*, et cela alors même qu'il correspond à un chancre unique et latéral.

Qu'il soit double avec plusieurs chancres affectant les deux moitiés latérales de la verge ou bien avec un chancre médian, rien que de naturel à cela, les lymphatiques droits de la verge se rendant aux ganglions droits et les gauches aux ganglions gauches. Mais, qu'il soit double — et il l'est presque toujours — avec un chancre unique et latéral, il y a là, au premier abord, matière à surprise, surtout relativement à ce qu'on observe pour les bubons d'autres sièges. Le fait cependant trouve son explication dans l'anastomose et l'entrecroisement des lymphatiques sur la ligne médiane.

3° Quand le bubon est unilatéral, généralement alors il est *direct*, c'est-à-dire qu'il siège du même côté que le chancre.

Exceptionnellement, il est *alterne* ou *croisé*, c'est-à-dire situé du côté opposé à celui du chancre. Exemple : chancre droit et bubon gauche, ou bien chancre gauche et bubon droit. — Affaire, encore, d'entre-croisement de lymphatiques.

4° Enfin, lorsque deux bubons inguinaux correspondent à un chancre unique et latéral, ils sont le plus souvent inégaux comme volume, et alors le bubon direct est généralement plus développé que le bubon alterne. — Toutefois ils peuvent être sensiblement égaux, et même c'est quelquefois le bubon alterne qui se montre prédominant.

III. — **Adénopathie centripète.** — On professait autrefois que « le retentissement du chancre s'arrête au premier ganglion ou au premier groupe ganglionnaire que les lymphatiques issus du chancre rencontrent sur leur parcours ». Plusieurs faits que j'ai observés m'autorisent à contredire cette proposition, tout au moins en tant que règle générale. Cinq fois, en effet, sur des sujets morts de maladies intercurrentes au début de syphilis d'origine génitale, j'ai trouvé des ganglions formellement intéressés AU DELA des pléiades inguinales. Dans l'un de ces cas, il existait au-dessus de l'arcade crurale une véritable *pléiade iliaque*, composée de six ganglions étagés le long des vaisseaux iliaques. Dans un autre, deux grosses pléiades inguinales étaient surmontées par deux pléiades iliaques, composées l'une de cinq et l'autre de six ganglions. De chaque côté, deux de ces ganglions iliaques étaient comparables, comme dimensions, à de belles noisettes, voire, pour l'un, à une châtaigne. En outre, supérieurement, se trouvaient sur le côté droit de l'aorte, un peu au-dessus de sa bifurca-

tion, deux ganglions superposés et contigus dont l'ensemble figurait le volume d'un abricot (1).

D'autre part et d'une façon bien plus fréquente, j'ai constaté sur nombre de malades une série de ganglions affectés d'une façon plus ou moins intense au delà du bubon satellite, dans le sens du courant lymphatique centripète. C'est ainsi que, sur un de mes malades affecté d'un chancre de la paupière supérieure, on trouvait, d'une part, un ganglion préauriculaire (bubon normal), puis, d'autre part, un second ganglion au niveau de la région parotidienne, et, en outre, quatre autres ganglions échelonnés le long du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage de la clavicule.

Certainement, donc, la réaction du chancre sur le système lymphatique ne se limite pas toujours au premier ganglion ou au premier groupe ganglionnaire. Elle peut se propager plus avant, et cela dans le sens de la circulation centripète. Reste même à savoir si cela ne serait pas la règle.

Soit dit incidemment, est-ce de la sorte, à savoir par la voie lymphatique, que se propagerait de proche en proche, étape par étape, l'infection spécifique ? Les faits précédents pourraient donner lieu de le soupçonner. Mais je pose simplement la question, sans avoir la prétention de la résoudre.

IV. — **Échéance d'apparition.** — A quelle époque le bubon satellite commence-t-il à poindre et à devenir *cliniquement* appréciable ? — Quelquefois dans les derniers jours du premier septénaire qui suit l'apparition du chancre, et, plus souvent, dans les premiers jours du second. Rarement il se montre un peu plus tardif.

Notons toutefois que cesdites échéances n'ont trait qu'à l'époque où le bubon devient cliniquement appréciable. Donc, en réalité, il est plus précoce, car, forcément, il n'est appréciable qu'un certain temps après son début même. Quant à la date exacte de son exorde réel, bien entendu, elle nous échappe.

Somme toute, on peut dire que la constitution du bubon suit de très près l'apparition du chancre.

SYMPTOMES

A Ricord revient le mérite d'avoir saisi et merveilleusement indiqué le véritable esprit du bubon satellite, en signalant ce bubon pour l'une des adénopathies les moins inflammatoires, les moins

(1) Par une regrettable erreur de dissection, l'aorte avait été coupée à ce niveau; de sorte qu'on n'a pu savoir si le chapelet ganglionnaire se continuait au delà.

Les trois autres pièces anatomiques auxquelles j'ai fait allusion ont été décrites par l'un de mes internes, M. Clermont. (V. mes *Leçons cliniques sur la syphilis chez la femme*, 2e édit., p. 164.)

importantes comme accidents, les plus pauvres en complications, au total les plus bénignes. Tel est bien, en effet, ce bubon.

Quatre attributs en composent la caractéristique usuelle :

1° C'est une adénopathie tout au plus moyenne comme développement ;

2° C'est une adénopathie aphlegmasique, froide, indolente ;

3° C'est une adénopathie dure ;

4° C'est une adénopathie le plus habituellement polyganglionnaire.

Si nous ajoutons que c'est une adénopathie d'évolution lente et une adénopathie spontanément résolutive, nous aurons renfermé dans ces quelques mots toute la symptomatologie habituelle de ce bubon satellite.

Légitimons par quelques commentaires les différents traits de ce tableau :

I. — C'est une adénopathie *tout au plus moyenne comme développement.* — Règle presque générale, en effet, les ganglions affectés par le chancre ne dépassent guère les dimensions d'une noisette, d'une olive, d'une demi-noix au plus. Il est rare qu'ils atteignent un volume plus considérable.

Or, à ce point de vue, constatons tout d'abord un contraste frappant entre le bubon satellite et nombre de bubons d'un autre ordre, tels, par exemple, que :

L'*adénite simple*, qui, dans l'aine, prend habituellement le volume d'une noix, voire d'un œuf ou d'un citron ;

L'*adénite du chancre mou*, laquelle affecte des proportions au moins égales à celles de l'adénite purement inflammatoire ;

Le bubon du *cancer*, souvent considérable ;

Le bubon *strumeux*, qui constitue communément dans l'aine des tumeurs énormes, occupant non pas seulement la région inguinale, mais, en outre, la fosse iliaque ;

Le bubon de l'*adénie*, susceptible de proportions colossales, etc.

Donc, rien que par les proportions moyennes de son développement, le bubon du chancre syphilitique se différencie de nombre d'autres variétés de bubons.

II. — C'est une *adénopathie aphlegmasique, froide*, donc *indolente.* — Absence absolue de toute réaction inflammatoire, voilà le caractère majeur, distinctif, propre, du bubon satellite, qui se produit à la façon non pas d'une adénite, mais d'une intumescence ganglionnaire passive. Ce caractère se traduit en clinique par les divers signes suivants :

1° *Conservation de la couleur normale des téguments* à la surface du bubon ; de sorte que rien, objectivement, ne trahit le bubon. Donc, pas de rougeur locale, non plus du reste que d'élévation locale de température.

2° *Indolence.* — Ce bubon naît, se développe, évolue et se termine sans douleur. D'une part, il n'est pas sensible spontanément; il ne donne lieu à aucun élancement, à aucune sensation pénible, à aucune gêne dans les mouvements ; il n'est pas senti ; il est pour le malade comme s'il n'était pas. D'autre part, il n'est pas sensible au palper, à la pression. On peut l'explorer à l'aise, le palper, le presser, sans éveiller la moindre souffrance.

Quelle différence avec ce qu'est l'adénite vulgaire, avec ce qu'est notamment le bubon du chancre simple! Avec une adénite vulgaire, avec le bubon d'un chancre simple, le malade souffre, se plaint, ne peut marcher, est forcé de prendre le lit, etc. Avec le bubon satellite, le malade va, vient, marche, court, danse, et ne s'aperçoit de rien.

Aussi bien, ce bubon, si remarquablement indolent, peut-il rester *ignoré* du malade, et ignoré tout simplement parce qu'il n'est pas senti, parce qu'il ne s'atteste ni par douleur, ni par aucun trouble fonctionnel. Couramment en pratique il nous arrive de montrer à nos clients des adénopathies de ce genre auxquelles ils n'avaient pas pris garde ; et, quand nous leur mettons le doigt dessus : « C'est étonnant, disent-ils, je n'avais rien senti là, je ne m'étais aperçu de rien. »

Loin de moi l'intention de prétendre que cette indolence soit un attribut pathognomonique de la variété d'adénopathie que nous étudions en ce moment. Il est, en effet, d'autres bubons indolents (exemples : celui du cancroïde, celui du cancer, celui de l'adénie, celui même de la scrofule). Mais ce caractère n'en est pas moins précieux, et précieux en l'espèce surtout par ce fait qu'il constitue un des signes les plus importants pour le diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre simple.

3° *Indépendance* et *mobilité de la glande affectée.* — Ceci demande explication. En pathologie commune, lorsqu'une glande s'enflamme, elle ne tarde pas à s'entourer d'un engorgement diffus de voisinage. De plus, si cette glande est superficielle, la peau qui la recouvre lui adhère bientôt par l'intermédiaire du tissu cellulaire phlegmasié et semble faire corps avec elle, s'immobiliser sur elle. Et, enfin, si plusieurs glandes voisines viennent à être affectées de la sorte simultanément, on les voit se souder ensemble et se fondre en une seule masse qu'englobe l'empâtement circonvoisin. — Or, rien de semblable ne se produit dans le bubon symptomatique du chancre infectant. D'abord, le ganglion tuméfié *ne s'entoure pas d'une atmosphère d'engorgement périphérique* ; les tissus ambiants restent ce qu'ils étaient au préalable, ce qu'ils sont normalement. — De plus, ce ganglion ne contracte, ni avec les parties qui l'entourent, ni avec la peau qui le recouvre, *aucune adhérence morbide*; il glisse librement sur ces parties, de même que la peau glisse librement sur lui. Il reste donc indépendant, *mobile.* — Et, en troisième lieu, lorsque

(ce qui est le cas usuel en l'espèce) plusieurs glandes de la même région s'engorgent côte à côte sous l'influence du chancre, ces glandes, au lieu de se souder ensemble, de se réunir en un seul bloc, restent distinctes les unes des autres et composent autant de *petites tumeurs isolées*, qui figurent sous la peau comme les grains d'un chapelet.

4° C'est une adénopathie *dure*. — Caractère mineur, à coup sûr, par rapport au précédent, mais ayant bien son prix.

Il consiste en ceci : dureté particulière de la glande affectée. Cette glande n'est pas seulement ferme sous le doigt ; elle présente une rénitence singulière, calleuse, quelquefois chondroïde ; elle ne se laisse pas déprimer, pénétrer par le doigt qui l'explore ; elle lui résiste par une sorte de dureté propre. Ricord, qui avait toujours le mot spirituel et descriptif, a dit à ce propos : « La dureté de ce bubon, c'est l'induration du chancre transportée dans le ganglion. »

Il s'en faut que, dans tous les cas, on perçoive distinctement cette rénitence *spéciale*. Mais, quand on la perçoit, c'est un signe et un bon signe, dont le diagnostic peut tirer profit.

5° Enfin, c'est une adénopathie très habituellement *polyganglionnaire*. — C'est-à-dire qu'au lieu de trouver au voisinage de ce chancre un seul ganglion affecté de la façon que je viens de spécifier, on en trouve généralement *plusieurs* ; plusieurs, depuis deux jusqu'à quatre, cinq, six, et même davantage en certains cas.

Cette multiplicité des glandes affectées par le chancre ne s'observe, bien entendu, que dans les régions riches en ganglions (l'aine, par exemple) ; et, nécessairement aussi, elle fait défaut dans les régions où un seul ganglion sert d'aboutissant exclusif à un département tégumentaire.

Mais, les chancres génitaux étant de beaucoup les plus nombreux (dans la proportion de 90 à 93 pour 100), il suit de là que, pour l'énorme majorité des cas, le bubon primitif de la syphilis se trouve être polyganglionnaire.

Eh bien, lorsque plusieurs ganglions voisins sont influencés de la sorte par le chancre, ils composent ce que Ricord a très heureusement qualifié du nom de PLÉIADE et ce que, par un juste hommage pour le maître, on appelle aujourd'hui la **pléiade de Ricord**.

La pléiade de Ricord est donc un groupe, une grappe, un chapelet de ganglions voisins, tous affectés comme je viens de le dire, c'est-à-dire tous moyens de volume ; — aphlegmasiques ; — indolents ; — durs ; — indépendants les uns des autres ; — non moins indépendants soit de la peau qui les recouvre, soit des tissus sous-jacents ; — par conséquent, libres et mobiles sous le doigt, en sorte qu'avec le doigt on parvient aisément à les circonscrire, à les compter, à les faire rouler sous les téguments.

Et même telle est, en général, leur indolence, telle est leur indé-

pendance réciproque, telle est aussi leur mobilité singulière, qu'on a pu les comparer « à des corps étrangers sous-cutanés, à un groupe de noisettes introduites sous la peau ».

Tous les ganglions qui composent cette pléiade ne sont pas égaux en volume. Il en est de gros, et il en est de petits relativement. Presque toujours aussi, comme l'a très bien signalé Ricord, il en est un notablement plus développé que les autres. C'est celui auquel aboutissent directement la plupart des lymphatiques provenant du département cutané ou muqueux affecté par le chancre. On l'appelle le ganglion *direct* ou le ganglion *anatomique* de la pléiade.

La pléiade se rencontre partout où normalement existe un certain groupement ganglionnaire. Mais nulle part on ne la trouve plus développée et plus facilement accessible à l'examen qu'à l'aine ou plutôt dans les aines (car elle est généralement bilatérale, avec ou sans prédominance pour l'une d'elles).

De combien de ganglions se compose cette pléiade inguinale? — Distinguons. La pléiade *clinique*, j'entends celle qu'on perçoit sur le vivant, est constituée le plus souvent par trois, quatre, cinq ganglions plus ou moins développés, gros comme de petites noisettes en moyenne, au pourtour desquels un toucher attentif permet quelquefois d'isoler un, deux, trois autres ganglions moindres, comparables à des pois. — Mais plus riche est la pléiade *anatomique*, celle que met à nu la dissection, et cela, tout naturellement, parce que le bistouri découvre des ganglions que le doigt ne peut atteindre. Une pléiade inguinale, que j'ai disséquée sur une femme morte au début de la syphilis, ne comptait pas moins de *onze* ganglions étagés en séries verticales le long des vaisseaux fémoraux qu'ils débordaient en dedans et en dehors (1). — Et cela, sans préjudice des pléiades iliaques que, cinq fois sur cinq cas, j'ai toujours vues coïncider avec la pléiade inguinale.

Cette modalité *polyganglionnaire* mérite toute l'attention du clinicien. Par cette particularité seule (sans parler des autres) le bubon primitif de la syphilis se différencie radicalement et de l'adénite inflammatoire commune, laquelle n'intéresse en général qu'un ganglion ou bien, au cas contraire, réunit en une seule masse tous les ganglions qu'elle affecte; — et du bubon symptomatique du chancre simple, presque toujours monoganglionnaire; — et du bubon strumeux qui, polyganglionnaire de fait, ne constitue en apparence qu'une tumeur unique, parce qu'il englobe et confond en un seul bloc toutes les glandes qui le composent, etc.

De par es attributs cliniques que nous lui avons assignés (attributs d'indolence, d'état aphlegmasique, de dureté, de mobilité, d'indépendance réciproque des ganglions), etc., la *pléiade* constitue certes un

(1) Voy. mes *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2e édit., p. 165.

des meilleurs signes de l'infection syphilitique primitive. C'est un signe *pratique* d'un secours énorme pour le diagnostic, un signe qui fournit les indications séméiologiques les plus sûres, les plus précieuses.

Tel est le bubon adulte, à l'époque de son complet développement. Voyons maintenant quels en sont les caractères d'évolution.

Évolution. — I. — Au point de vue de son évolution, c'est, d'abord, une *adénopathie de processus lent* et une *adénopathie longuement persistante*. — Après avoir atteint son apogée, elle reste ce qu'elle est pour un temps variable, mais toujours assez long, quelques semaines au minimum, deux mois en moyenne, quelquefois même trois, quatre et cinq mois. De sorte que, règle absolue, *elle survit au chancre* et coexiste avec les premières poussées secondaires. — Puis, au delà, elle diminue, mais *lentement*, très lentement; si bien qu'il n'est pas rare, qu'il est habituel même de la rencontrer encore (mais, bien entendu, à des degrés de plus en plus atténués) dans le quatrième, le cinquième, le sixième mois de la maladie, voire au delà.

A cet égard, contraste formel entre le bubon du chancre syphilitique et certaines autres adénopathies. Quelle différence, par exemple, entre ce bubon si persistant et l'adénite vulgaire si fugace, si hâtive dans son évolution, si rapidement résolutive ! Quelle différence entre ce bubon et l'adénite du chancre simple, essentiellement aiguë et transitoire, du moins dans ses formes les plus communes !

II. — C'est une *adénopathie spontanément résolutive*. — Abandonnée à son évolution propre et (notons ceci pour la question du traitement que nous aurons à discuter plus tard) sans le secours du moindre remède, elle se résorbe, se résout, disparaît.

Et comment se fait cette résolution ? Le plus simplement du monde. Sans autres phénomènes, sans incidents nouveaux, les ganglions affectés diminuent de volume, s'amoindrissent, perdent leur dureté morbide, reviennent peu à peu à leurs conditions normales, puis disparaissent.

Et c'est tout ; c'en est fait ainsi du bubon, qui meurt de la sorte comme il est né et comme il a vécu, sous forme d'une lésion indolente, aphlegmasique, insensible, souvent même, je le répète, latente et ignorée.

De tout ce qui précède ressort en pleine lumière le caractère majeur, prédominant, du bubon satellite, à savoir l'*aphlegmasie*. Ce bubon, donc, est bien moins une adénite qu'une adénopathie plastique, qu'un infiltrat ganglionnaire.

Suit de là, comme corollaire naturel, un grand fait clinique, à savoir : que l'accident qui constitue un aboutissant possible des adénites de tout genre et, en particulier, un aboutissant commun de

l'adénite du chancre mou, c'est-à-dire la suppuration, l'*abcès*, est pour le bubon syphilitique une terminaison absolument exceptionnelle.

Livré à lui-même, non excité par des provocations étrangères, non sollicité par des influences diathésiques, le bubon du chancre syphilitique *ne suppure jamais*.

C'est là ce qu'a dit Ricord le premier, et c'est là ce qu'après lui ont répété tous les syphiliographes.

Les statistiques sont formelles à ce propos. Pour 500 chancres syphilitiques de tout siège observés à l'hôpital, je n'ai rencontré que 8 cas de bubon suppuré. Proportion 1,6 pour 100. — Pour 500 chancres syphilitiques de tout siège observés en ville, je n'ai observé que 3 cas de bubon suppuré. Proportion : 0,6 pour 100. — Et, dans tous les cas où j'ai vu la suppuration se produire, toujours (ou bien peu s'en faut) elle a été explicable par l'addition au chancre soit de complications diverses, soit de quelqu'une de ces causes d'irritation banale ou de prédisposition diathésique dont j'aurai à parler plus loin.

Donc, la proposition de Ricord est absolument vraie et aussi formellement que possible confirmée par l'expérience. — Rien d'étonnant du reste à ce que le bubon symptomatique du chancre syphilitique ne suppure pas. Puisque ce bubon est une adénopathie essentiellement froide et aphlegmasique, il ne saurait aboutir à la suppuration, laquelle est à la fois l'expression ultime et le terme le plus élevé du processus inflammatoire.

De là encore cet autre enseignement très essentiel pour la pratique, à savoir : que l'existence d'un bubon suppuré dans les antécédents d'un malade, bien loin (comme on l'a longtemps admis) d'attester une syphilis antérieure, témoigne au contraire énergiquement *contre* elle. Si, à propos d'un chancre, il s'est produit une suppuration ganglionnaire, il y a tout lieu de croire, il y a 98 à parier contre 2 que ce chancre n'était pas de nature syphilitique. Nos malades nous disent quelquefois : « J'ai eu la vérole, puisque j'ai eu un bubon qui a suppuré. » A cela, inversement, nous sommes autorisés à répondre : « Il y a toute chance pour que vous n'ayez pas eu la vérole (de par ce bubon toutefois), puisque ce bubon a suppuré. » Car, sinon jamais, du moins *presque jamais* la vérole ne produit de bubon qui suppure.

VARIÉTÉS.

Ce qui précède constitue la symptomatologie du bubon dans son type le plus usuel. Bien rarement (pas plus d'une fois sur trente, d'après ma statistique) il s'écarte de ce type. Cependant il y déroge quelquefois, et les modifications qu'il subit alors constituent des *variétés*, que nous pouvons grouper sous les cinq chefs suivants :

I. — **Variétés de développement. — Adénopathie faible; adénopathie forte.** — Deux ordres de cas précisément inverses s'observent en clinique. Ainsi :

1° Le bubon peut ne s'accuser que faiblement, médiocrement, ne consister qu'en une tuméfaction ganglionnaire de volume peu considérable, voire presque minime. Ainsi, j'ai vu, sur un de mes clients, un chancre de la verge ne s'accompagner que d'un seul ganglion à peine gros comme une petite olive. — Sur un sujet de soixante-deux ans (l'âge avait-il en l'espèce quelque influence ?), un chancre de la langue est resté douteux jusqu'à l'invasion secondaire en raison de l'insuffisance de l'adénopathie symptomatique.

On peut dire que chez la femme le bubon satellite est bien moins accentué que chez l'homme. Cela est contraire aux prévisions de la théorie, les tendances au lymphatisme étant bien plus usuelles dans le sexe féminin que dans le nôtre.

2° Inversement (et ceci est plus commun), l'intumescence ganglionnaire dépasse parfois les proportions que nous lui avons assignées comme moyennes. Il est de *gros bubons*, que l'on voit aussi bien qu'on les sent, composés soit de glandes isolées presque comparables à des prunes, soit de glandes qui, réunies, soudées, « conglomérées », forment une tumeur unique égalant le volume d'un œuf de poule.

Incidemment, notons à ce propos qu'il n'est pas de relation fixe entre le chancre et le bubon. Si parfois on observe un bubon volumineux avec un chancre assez large ou fortement induré, parfois aussi on rencontre un bubon moyen ou petit avec un chancre dépassant la moyenne comme étendue et comme induration, ou inversement. Rien de régulier à cet égard.

II. — **Bubon conglomeré.** — Quand le bubon est polyganglionnaire, les ganglions qui composent la pléiade *ne sont pas toujours isolés et indépendants*. Parfois ils se groupent, deviennent cohérents et semblent se fondre en une seule masse. Ils forment alors une tumeur unique (mais composée), plus ou moins volumineuse, qui fait dans l'aine une saillie marquée, globuleuse, ovoïde, à grand axe parallèle au pli de la cuisse. C'est là ce qu'on appelle le bubon *conglomeré*.

M. Bassereau, qui a eu l'occasion de disséquer quelques-uns de ces bubons à tumeur unique, les a trouvés constitués par des ganglions cohérents, que réunissaient les uns aux autres de gros vaisseaux lymphatiques indurés et des couches épaisses de tissu cellulaire.

III. — **Bubon syphilo-strumeux.** — Analogue au précédent dans les premiers stades de son développement (c'est pour cela que je l'en rapproche), mais très différent de nature et de terminaison. — Se produisant d'une façon exclusive chez les sujets à tempérament lymphatique, à constitution débilitée, à tendance scrofuleuse. — Cons-

tituant, somme toute, une manifestation scrofuleuse greffée sur une lésion spécifique, métissage morbide que Ricord qualifiait du nom de *scrofulate de vérole.*

Quand il dégénère de la sorte, le bubon satellite perd ses caractères pour prendre ceux de l'engorgement strumeux. Les ganglions augmentent de volume ; ils se réunissent, ils se soudent les uns aux autres et deviennent cohérents, de façon à ne plus constituer qu'*une seule masse* ; de plus ils contractent adhérence avec le tissu cellulaire périphérique et même avec la peau qui s'immobilise à leur surface. La dureté spécifique fait place alors à un empâtement diffus. Plus tard, la tumeur devient mollasse, fongueuse, se ramollit et suppure, en suivant l'évolution propre aux engorgements ganglionnaires de la scrofule.

IV. — **Bubon inflammatoire.** — D'autres fois, le bubon déroge à ses habitudes d'aphlegmasie et d'indolence, pour prendre les caractères d'une adénite subaiguë. Cela ne se produit guère que sous l'influence soit de causes d'irritation surajoutées (marche, fatigues, excès, malpropreté, absence de pansements ou pansements irritants, cautérisations, excitation du chancre par urine ou matières fécales, etc., etc.), soit de coïncidences morbides (uréthrite, vulvite, balano-posthite, phimosis, paraphimosis, etc.). — Notons cependant qu'il est certains sièges où, pour des causes difficiles à déterminer, le bubon satellite paraît plus disposé qu'ailleurs à s'enflammer. Comme exemple, je citerai le bubon sous-maxillaire qui, symptomatique des chancres des lèvres ou de la cavité buccale, se présente assez fréquemment avec les allures d'une adénite vraie, à processus subaigu. Doit-il cette particularité à une infection secondaire provenant des microbes de la bouche ? On le suppose, sans en avoir encore établi la preuve.

Le plus souvent, et de beaucoup, cette tendance inflammatoire n'est qu'une menace, un feu de paille qui tombe tout aussitôt. Généralement en effet, il suffit de quelques très simples soins (repos, bains, cataplasmes émollients, hygiène appropriée, etc.) pour que le processus phlegmasique s'apaise, disparaisse, et que le bubon reprenne son caractère usuel.

V. — **Bubon suppuré.** — Quelquefois cependant, mais d'une façon très rare que j'ai évaluée numériquement dans ce qui précède, ce bubon aboutit à suppuration et forme un *abcès.*

Cet abcès a les symptômes et l'évolution d'un abcès ganglionnaire banal, de celui, par exemple, qui succède à une adénite simple. Il s'ouvre ou est ouvert par la main du médecin, s'évacue, puis se ferme. Et tout est dit. Rien autre, rien de plus ne se manifeste.

Donc, le bubon satellite qui suppure reste assimilable de fait à l'adénite vulgaire abcédée et ne comporte aucun autre caractère, aucune autre complication spéciale.

Et, détail négatif particulièrement essentiel à spécifier, jamais ce bubon ne suppure à la façon de certains bubons qui, après avoir constitué une collection et après s'être ouverts, s'ulcèrent largement, se creusent, sécrètent un pus qui s'inocule aux parties saines, et se convertissent finalement en un clapier chancreux, lequel tend à persister ou même parfois à envahir par ulcération de proche en proche une vaste étendue des tissus ambiants. Jamais, au grand jamais, le bubon syphilitique ne suit cette marche, n'affecte cette allure. D'une part, le pus qu'il sécrète *n'est pas auto-inoculable*. Ce pus a été inoculé plus d'une fois et toujours sans succès (1). D'autre part, l'abcès qui le fournit se ferme toujours sans la moindre tendance à s'élargir, à s'excaver, à se convertir en un foyer chancreux. Donc, ce qu'on appelle l'*abcès chancreux* des ganglions, le *chancre ganglionnaire*, constitue un accident dont n'est pas susceptible le bubon du chancre syphilitique; c'est là un accident qui appartient *en propre* à une autre maladie; c'est là un accident qui est l'*apanage exclusif du chancre simple*, lequel, *seul*, est capable de déterminer une complication de ce genre.

En définitive, le véritable bubon chancreux ne saurait s'observer avec le chancre syphilitique, pas plus qu'on n'observe l'angine de la scarlatine avec la rougeole, pas plus qu'on ne rencontre la pustulation variolique dans la scarlatine, etc.

C'est là ce qu'il importe de bien savoir pour la pratique, afin de répudier la vieille erreur qui faisait de ce bubon chancreux un stigmate de vérole (erreur encore accréditée cependant près de quelques-uns de nos confrères), et afin surtout de ne pas doter de la vérole, sur la foi de cedit bubon, des malades qui en sont exempts.

Concluons en disant: A chaque espèce morbide ses manifestations propres. Au chancre simple le bubon chancreux, le grave, le terrible bubon chancreux, susceptible d'ulcérer toute l'aine et de déverser ses ravages sur les régions voisines. — A la syphilis, le bubon froid, indolent, aphlegmasique, le bubon ne suppurant que d'une façon très exceptionnelle et ne suppurant jamais qu'à la façon de l'adénite la plus simple, le bubon, en un mot, par excellence inoffensif et anodin.

Lymphangite. — Les ganglions ne sont pas les seuls départements du système lymphatique sur lesquels s'exerce l'influence du chancre.

(1) M. Ricord a même dit que le pus de l'adénopathie syphilitique « est un pus *simple*, phlegmoneux, vulgaire, et sans mélange de virus ». Cela peut être, mais cela n'est pas démontré. Je ne sais et personne ne sait encore ce que produirait l'inoculation de ce pus à un sujet sain. Il est bien possible que, résultant d'une inflammation simple ou d'une dégénérescence strumeuse de la glande, cette suppuration soit innocente et dépourvue de toute spécificité. Cependant, sécrétée par un organisme infecté, fournie par une glande qui s'est abcédée à l'occasion, sinon par l'effet d'un chancre, elle peut à bon droit, ce me semble, être tenue pour suspecte. En tout cas, l'expérience n'a pas été tentée, et elle est de celles qui nous restent interdites.

Les vaisseaux lymphatiques également peuvent être affectés par lui, et cela dans l'un et l'autre sexe. Mais il n'est aucune parité de fréquence et surtout d'importance clinique à établir entre les *lymphangites satellites*, accidents *éventuels* du chancre, et l'adénopathie satellite, symptôme constant, manifestation obligée de l'infection primitive.

Les lymphangites symptomatiques du chancre s'observent sur les *cordons* issus du réseau lymphatique affecté par le chancre. Elles servent ainsi de trait d'union, si je puis parler de la sorte, entre le chancre et son bubon.

Cliniquement, elles se traduisent sous forme de cordes grêles et allongées; — cylindriques, mais avec renflements espacés; — dures, très dures sous le doigt et donnant à tous égards la sensation du canal déférent; — indolentes spontanément et indolentes au toucher; — mobiles et déplaçables. On ne saurait mieux les comparer qu'à des *ficelles*, suivant exactement le trajet des troncs lymphatiques.

A la verge, elles siègent sur la région dorsale, moins souvent sur les parties latérales. Pour les découvrir, il suffit de pincer la peau du fourreau en la soulevant quelque peu entre deux doigts. On sent alors dans la plicature tégumentaire une sorte de tuyau dur ou mieux de ficelle, qu'on peut facilement suivre dans tout son trajet, et cela sur une longueur de plusieurs centimètres. — Parfois aussi on les perçoit de la même façon dans le prépuce, mais alors plus fines, plus déliées, du calibre d'une chanterelle de violon.

Au contraire, dans la rainure glando-préputiale, elles se présentent sous une forme plus ramassée et constituent là des nodules globuleux, semblables à des grains de cassis, à des noyaux de cerise, voire à de petits haricots, très durs sous le doigt ou même d'une rénitence presque cartilagineuse. — On voit en quelques cas des traînées d'induration lymphangitique contourner une partie de la rainure, voire (mais exceptionnellement) la parcourir dans toute son étendue.

Chez la femme, ces lymphangites s'observent surtout dans la région génito-crurale. Là, elles suivent la direction du pli de la région, à quelques millimètres en dedans ou en dehors de ce pli, et toujours sous forme de ficelles convergeant vers l'aine. — Plusieurs de ces petites cordes semblent parfois se réunir en un ruban aplati, de 2 à 3 millimètres de largeur. — Plus rarement, ces lymphangites se rencontrent au niveau du mont de Vénus. Elles forment à ce niveau des tumeurs plus volumineuses, des espèces de renflements ou de nodosités semblables à un pois, à un haricot, nodosités très dures, qu'en raison même de leur dureté on distingue facilement au milieu du pannicule graisseux de la région.

C'est au membre supérieur, à propos du chancre des doigts, qu'on observe les lymphangites les plus remarquables comme étendue de trajet. On en voit là qui occupent presque toute la hauteur du bras ou

de l'avant-bras, sous forme de longs cordons filiformes et rénitents. — A leur propos même une remarque se présente, non moins applicable du reste aux lymphangites d'autre siège : Pourquoi n'occupent-elles presque jamais les cordons lymphatiques que dans une portion et non dans la totalité de leur trajet ? La théorie les voudrait ou totales ou nulles. Partielles, elles sont d'une interprétation qui nous échappe.

Enfin, les lymphangites satellites du chancre présentent, au point de vue de leur allure générale et de leur évolution, les mêmes caractères que le bubon satellite. Comme lui, elles sont d'essence aphlegmasique. Comme lui, elles sont absolument indolentes et passent souvent inaperçues.

Abandonnées à elles-mêmes, elles se résorbent en quelques semaines, sans jamais donner lieu à la moindre complication.

Le seul symptôme qui en résulte parfois, c'est un certain degré d'*œdème* passif des parties qui répondent à l'extrémité de leur réseau. C'est ainsi qu'elles peuvent se traduire parfois par un boursouflement séreux du prépuce (cause assez fréquente de phimosis), des petites lèvres, des grandes lèvres, etc.

Il est à croire cependant qu'elles ne sont pas étrangères, sous une forme sans doute plus complexe, à certaines complications plus sérieuses, mais d'ailleurs assez rares, telles que l'œdème chronique du prépuce et le sclérème vulvaire.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, une conséquence toute naturelle résulte de ce qui précède, à savoir que le bubon et la lymphangite symptomatique du chancre ne sont guère de nature à donner souci au médecin non plus qu'à réclamer une intervention bien active.

On s'est ingénié à mettre en œuvre contre le bubon en particulier quantité de médications et de méthodes. Et toutes ces médications, toutes ces méthodes, au dire de leurs inventeurs, ont « fait merveille ». Je l'admets sans peine et n'en suis pas surpris. Le bubon syphilitique est de nature, en effet, à préparer des triomphes faciles à tous les remèdes, à tous les procédés qu'on met en œuvre contre lui, et cela pour une bonne raison, c'est *qu'il guérit seul*, sans qu'on lui fasse rien. Aussi l'expectation, aidée de l'hygiène, fournit-elle des succès égaux à ceux de toute thérapeutique, et c'est à elle qu'il faut s'en tenir sagement dans la presque totalité des cas. Dix-neuf fois sur vingt, pour le moins, ce bubon ne réclame *aucune intervention de l'art*, parce qu'il ne gêne en rien les fonctions, parce qu'il n'offre aucune tendance à s'enflammer, à se compliquer, parce qu'enfin il se résout seul et sûrement en un temps donné.

Donc, pour l'énorme majorité des cas, la conduite à tenir se résume en ceci : S'abstenir de toute médication locale ; — recommander simplement aux malades d'éviter la fatigue, les marches

forcées, la bicyclette, le cheval, la danse, et toutes causes d'excitation qui pourraient retentir sur l'engorgement ganglionnaire ; — combattre, par des médications appropriées à chacune d'elles, les affections coïncidentes et les complications.

Se manifeste-t-il une légère tendance inflammatoire dans les ganglions, quelques soins d'hygiène en feront promptement justice : repos, bains répétés, cataplasmes émollients, ou même vésicatoire, qui parfois exerce un heureux effet par son action révulsive. — Si l'inflammation devenait plus intense, alors seulement il y aurait lieu de recourir à des antiphlogistiques plus actifs et de mettre en œuvre le traitement de l'adénite aiguë ; mais ce cas ne se présente que très rarement.

En cas de suppuration, incision simple.

Dans les formes torpides, qui traînent en longueur, bains répétés, et surtout bains salés ; — badigeonnages à la teinture d'iode ; — compression méthodique avec bandelettes d'amadou et compresses soutenues par une bande de caoutchouc ; — au besoin même, vésicatoires volants, pointes de feu, etc.

Seule, la dégénérescence strumeuse, qui complique parfois le bubon syphilitique, donne lieu à des indications d'un ordre spécial. Elle appelle l'intervention d'un traitement général destiné à combattre l'élément scrofuleux : iodiques, huile de foie de morue, ferrugineux, toniques, amers, bains salés ou sulfureux, bains de mer, bains de Salies de Béarn, alimentation reconstituante, campagne, aération, etc.

Rôle diagnostique du bubon satellite. — Par lui-même, c'est-à-dire en tant que lésion, le bubon est sans importance ; car il ne comporte aucun accident sérieux, et il guérit seul. On pourrait le méconnaître qu'en vérité il n'y aurait pas grand mal. Mais, à un autre point de vue, le bubon joue un rôle considérable dans la syphilis. C'est qu'en effet il constitue par excellence un AGENT DE DIAGNOSTIC. A chaque instant nous avons à le consulter en pratique, et c'est de lui, voire de lui seul maintes fois, que jaillit la lumière. A coup sûr il est plus utile, il rend plus de services que le chancre au diagnostic de la syphilis ; à coup sûr, il est plus utile au diagnostic du chancre que le chancre lui-même. Qu'on en juge par ce qui va suivre.

I. — D'abord, dans les cas où le chancre existe avec des caractères bien manifestes, le bubon lui sert de confirmation, et son concours, à titre de signe auxiliaire, n'est déjà pas à dédaigner.

II. — Mais, quand le chancre (ce qui est plus que commun) se présente avec des caractères mal définis, vagues, ambigus, c'est bien souvent le bubon qui, mieux formulé, plus précis, vient au secours du chancre, et lui assigne un sens formel. Que de fois de la sorte ne diagnostique-t-on pas le chancre *par le bubon* !

III. — Puis, c'est encore le bubon, très fréquemment, qui vient attester le chancre quand celui-ci déjà n'est plus. Et, en effet, le chancre, spécialement chez la femme, disparaît souvent d'une façon hâtive, voire parfois sans laisser de traces. Le bubon, au contraire, est bien autrement persistant. Il survit toujours au chancre. Il est donc là, quand le chancre n'est plus, comme un *témoin posthume* du chancre, qui en atteste à la fois et l'existence antérieure et le siège, comme un témoin qui déposerait en ces termes : « Non seulement un chancre a existé avant et avec moi, mais ce chancre a siégé là, dans la sphère de distribution de mon réseau lymphatique. » — Que de fois, par exemple, ne nous arrive-t-il pas en pratique, alors que nous sommes consultés par un malade affecté d'accidents secondaires, de retrouver non pas le chancre éteint de vieille date, mais l'adénopathie qui témoigne du chancre !

IV. — Et de même encore pour les chancres *à siège insolite*, pour les chancres soit *dissimulés* à dessein, soit méconnus ou inaperçus de bonne foi, au total *ignorés*. C'est encore le bubon qui, dans tous les cas de cet ordre, met le médecin sur la piste de ces chancres et permet de retrouver l'origine, le berceau de l'infection.

Que de cas obscurs ou prétendus extraordinaires ont reçu de la sorte leur explication vraie et naturelle, et cela grâce aux données diagnostiques fournies par le ganglion !

Par exemple, n'est-ce pas le bubon qui, en maintes occasions, a révélé le chancre mammaire chez des nourrices infectées par des nourrissons syphilitiques ?

N'est-ce pas le bubon qui souvent a décelé le chancre vaccinal resté méconnu ?

N'est-ce pas le bubon qui plus d'une fois a attesté le caractère chancreux de lésions digitales qui avaient été prises pour des « panaris », des « tournioles », des ulcérations vulgaires ? Exemple du genre :

Une jeune sage-femme présentait des accidents non douteux de syphilis secondaire, mais elle ne savait, et l'on ne savait quelle pouvait avoir été l'origine de l'infection. Le mari de cette femme était sain ; elle-même n'avait jamais été affectée, d'après son dire, de la moindre lésion aux organes génitaux, et l'examen de ces parties, fait avec le plus grand soin, ne fournissait aucun signe suspect, aucune cicatrice, aucune macule. D'où pouvait être née cette syphilis ? On se mit en quête des ganglions. Dans l'aisselle droite, je découvris un gros ganglion, dur, indolent, mobile, du volume d'une noix. Plus de doute. Le chancre devait avoir affecté ou le sein, ou le bras, ou l'avant-bras, ou les doigts. Et, en effet, cette jeune femme, rassemblant alors ses souvenirs, nous raconta que deux à trois mois auparavant, elle avait souffert d'un « singulier mal de doigt » ; que ce mal, qui siégeait à l'index droit, au pourtour de l'ongle, avait

duré longtemps « sans vouloir se cicatriser »; qu'elle l'avait considéré comme « un *panaris* », comme une insignifiante « *tourniole* », et ne s'en était pas occupée davantage. Elle se rappelait aussi que, quelque temps avant d'être affectée de ce mal, elle avait accouché deux femmes syphilitiques, dont l'une notamment « avait la vulve toute couverte de boutons ulcérés au moment du travail », etc. Bref, ce soi-disant panaris, cette prétendue tourniole n'avait été rien autre qu'un chancre, et bien manifestement la malade avait reçu l'infection *par le doigt*. L'origine de cette syphilis se trouvait donc ainsi découverte, mais découverte comment? Grâce au bubon qui avait, pour ainsi dire, dénoncé le chancre digital.

N'est-ce pas encore le bubon qui, très souvent, a mis sur la piste de certains autres chancres à localisation insolite, bizarre, inattendue, et qui a permis d'en affirmer le véritable caractère? Sans lui, combien de ces chancres seraient restés méconnus! A preuve, entre mille autres, le cas suivant, que j'emprunterai à Ricord :

Un jeune docteur présentait une roséole et quelques autres symptômes attestant une syphilis récente. Il soutenait toutefois n'avoir jamais eu de chancre. Et, en effet, ses organes génitaux étaient sains, ses aines étaient exemptes de tout engorgement suspect, etc. Piqué au vif par ce cas extraordinaire qui semblait faire échec à ses doctrines, M. Ricord demanda à ce confrère de se laisser examiner complètement; il se mit alors « *à la chasse* des ganglions », et découvrit sous l'un des côtés de la mâchoire une glande olivaire, dure, indolente, aphlegmasique. Nul doute; un chancre devait avoir passé dans les environs. Renseignements pris, il se trouva en effet que le malade avait été affecté quelques semaines auparavant d'un bouton érosif *de la joue*, bouton dont on retrouva la macule encore indurée dans les favoris. Ce bouton donc n'avait été qu'un chancre, cela n'était pas contestable. Or, ce chancre, quel indice l'avait révélé? Encore et toujours le bubon.

A fortiori, le bubon est-il un signe indispensable pour permettre de soupçonner d'abord, puis de diagnostiquer ensuite certains chancres de siège encore plus insolite, tels que les chancres des paupières, de la conjonctive, du front, des oreilles, du cuir chevelu, du cou, du thorax, de l'abdomen, des membres, etc., etc.

De là, finalement, ce précepte majeur pour la pratique :

Étant donnée une syphilis récente à exorde ignoré, c'est-à-dire à chancre resté inaperçu du malade et récusé par lui, rechercher ce chancre, et le rechercher surtout *de par les ganglions*; « faire la chasse aux ganglions, *courir sus aux ganglions* », comme disait Ricord. Car, ajoutait encore ce maître, « l'adénopathie est pour le chancre l'effet qui suit la cause. Eh bien, remontez à la cause par l'effet; remontez au chancre par le bubon... Le bubon est le fil d'Ariane qui permet de retrouver la porte d'entrée de la vérole ».

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DU CHANCRE.

Le diagnostic du chancre comporte un si haut intérêt pratique qu'il convient d'y faire collaborer tous les éléments séméiologiques susceptibles d'y apporter quelque lumière.

Or, des éléments d'ordres divers et de secours très inégal peuvent fournir leur contingent à ce diagnostic. On en compte *cinq*, qui, pour les citer tout d'abord, sont les suivants:

1° Caractères cliniques du *chancre*;

2° Caractères cliniques du *bubon satellite* ;

3° Données fournies par l'*incubation*;

4° Données fournies par l'*inoculation*;

5° Données fournies par la *confrontation*.

Je n'ai pas à dire, tant cela est manifeste, que, de ces cinq ordres de signes, les deux premiers sont, et de beaucoup, les plus importants. Car ce sont eux qui ne font jamais défaut, qui se présentent les premiers à interroger, qu'on a *illico* sous les yeux et sous les doigts, etc.; ce sont, d'ailleurs, bien souvent les seuls utilisables pour le diagnostic. Les trois autres, par rapport à ceux-ci, ne méritent que d'être appelés *auxiliaires*. Cependant, ils ne laissent pas de fournir un précieux appoint en quelques circonstances, et ce n'est qu'au préjudice du malade qu'on négligerait de profiter des renseignements qu'ils peuvent fournir. — Précisons.

I. — Le chancre, tout naturellement, concourt à son propre diagnostic par ses caractères personnels. Or, de ces caractères, ceux qui le signalent le mieux à l'attention, ceux qui attestent le plus sûrement sa qualité de chancre syphilitique, sont les cinq suivants, que je rappellerai seulement ici d'une façon sommaire, les ayant décrits *in extenso* dans ce qui précède.

Dans sa symptomatologie la plus classique, le chancre est ceci:

1° Une *petite lésion bien circonscrite*, *érosive* plus souvent qu'ulcéreuse;

2° Érosion *plane*, *sans bords en entamure*, et se continuant de plain-pied avec les tissus voisins;

3° Érosion *lisse* et *unie* de fond;

4° Érosion le plus souvent ou *grise*, ou d'un *rouge chair musculaire* presque caractéristique;

5° Érosion doublée à sa base par une assise rénitente, offrant tel ou tel type de l'*induration* dite *nodulaire* ou *lamelleuse*.

Ces cinq attributs (auxquels on peut encore ajouter l'*unicité* habituelle de la lésion) constituent l'ensemble caractéristique du chancre dans ses formes les plus communes. Aussi bien toute érosion, toute ulcération réalisant ce type sera-t-elle par cela même fortement suspecte de caractère chancreux. Mais, par cela seul, pourra-t-elle être déclarée chancre? Non, car il n'est pas impossible que tout cet

ensemble séméiologique, voire avec sa quintuple série de signes, soit éventuellement simulé de tous points par une lésion vulgaire, banale, n'ayant quoi que ce soit de commun avec la syphilis. Donc, même sous cette forme, même avec la réunion complète de tous les signes qui précèdent, une lésion ne saurait sûrement être réputée chancre; besoin est, pour l'affirmation de ce diagnostic, d'autres éléments que nous allons dire.

II. — Le *bubon* constitue par excellence le complément du diagnostic en question. Il confère à ce diagnostic un secours puissant, pour le confirmer ou l'infirmer.

Sans contestation possible, le bubon satellite est *le meilleur signe du chancre*. Il vaut mieux que le chancre pour le diagnostic du chancre, et cela pour diverses raisons:

1° Parce qu'il constitue un *symptôme constant* de l'infection syphilitique primitive. Rappelons encore le mot de Ricord: « Le bubon est au chancre ce que l'ombre est au corps; il le suit comme l'ombre suit le corps. »

2° Parce qu'il offre une triade de signes facilement appréciables, moins sujets que ceux du chancre à modifications ou défaillances, à savoir ceux d'une adénopathie froide, aphlegmasique et indolente ; — d'une adénopathie dure et spécialement dure ; — d'une adénopathie généralement polyganglionnaire (pléiade). Le chancre peut n'avoir que des caractères presque insignifiants comme forme, comme couleur, comme bords, comme base, etc. ; tandis que, presque invariablement, le bubon satellite se présente mieux formulé, plus semblable à lui-même, en un mot plus accusateur, plus révélateur.

3° Parce qu'enfin le bubon est plus durable que le chancre, avec l'ensemble des attributs qui lui servent de caractéristique. Son propre même est de survivre au chancre, qu'il atteste encore d'une façon posthume, alors que ce chancre n'est plus.

Aussi bien, je ne crains pas de le répéter, le bubon est-il supérieur au chancre en tant qu'élément séméiologique de l'infection syphilitique primitive. Son rôle, au point de vue diagnostique, est tout à fait de premier rang.

Réunis et combinés, les deux ordres de signes qui précèdent composent ce qu'on peut appeler le diagnostic *pratique* du chancre. Pratiquement, en effet, c'est à ces deux ordres de signes qu'on s'en réfère toujours pour instituer le diagnostic du chancre; et généralement on s'en tient là, quitte, en cas de doute, à attendre pour un jugement définitif l'invasion ou la non-invasion des accidents secondaires. Or, ce n'est que justice de reconnaître que cet ensemble séméiologique est *suffisant*, pour la très grande majorité des cas, à fixer le diagnostic, c'est-à-dire à déterminer s'il s'agit ou non d'un accident primitif de syphilis. Je n'hésite pas à le déclarer suffisant dans une proportion de dix-huit à dix-neuf fois sur vingt.

Toutefois, d'une façon non moins certaine, il reste *insuffisant* dans un certain nombre de cas. Et cela, tout naturellement, par absence de caractères dûment formulés de la part du chancre et du bubon.

Exemples: Le chancre, d'abord, peut avoir été modifié, altéré comme physionomie par l'intervention de topiques, par des cautérisations, etc. D'autre part, même indépendamment de toute circonstance surajoutée, il peut se présenter dépourvu de la plupart, voire de la totalité de ses attributs habituels. C'est là le chancre dit *sans caractères* (1), très remarquable précisément par ses attributs négatifs, chancre s'offrant sous le masque d'une plaie vulgaire et véritablement méconnaissable sous cette forme. — De même, en second lieu, l'adénopathie satellite peut n'être que pauvrement formulée et peu significative. Il n'est pas impossible non plus que, même normale, elle se dérobe, c'est-à-dire qu'elle ne soit qu'imparfaitement accessible, voire qu'elle soit inaccessible à l'exploration, comme chez les sujets obèses où la surabondance des tissus graisseux empêche de percevoir le moindre ganglion inguinal.

En de telles conditions, on le conçoit de reste, le diagnostic du chancre basé sur l'objectivité du chancre et sur le bubon satellite devient plus que difficile, devient *impossible* pour certains cas.

Eh bien, c'est dans les cas de cet ordre que quelques autres éléments de diagnostic peuvent être appelés à la rescousse et fournir parfois d'utiles données. Quels sont-ils donc ? Les voici :

1° **Signes tirés de l'incubation.** — Nous savons par ce qui précède : 1° que le chancre syphilitique incube toujours, invariablement, fatalement ; — 2° que la durée usuelle de son incubation affecte une moyenne de trois à quatre semaines, avec un minimum possible, mais rare, d'une quinzaine de jours et un maximum possible, mais rare, de sept à huit semaines.

De là cette notion fournie au diagnostic : *Si la lésion à déterminer s'est produite soit en deçà soit au delà des limites usuelles de l'incubation du chancre syphilitique, c'est bien sûrement qu'elle n'est pas un chancre syphilitique.* Elle est ceci ou cela, n'importe, mais elle n'est pas un chancre.

Or, en pratique, il est des cas auxquels cette notion est applicable, de façon non pas à fixer le diagnostic, mais à exclure la possibilité du chancre, ce qui est le point essentiel par excellence. Exemple du genre :

Un jeune officier vient me trouver, très anxieux, à propos d'une lésion de la verge que certains médecins ont considérée comme un chancre simple, mais que d'autres ont diagnostiquée chancre syphilitique. Il me raconte son histoire, qui se résume en ceci : Il

(1) V. A. Fournier, *Leçons cliniques sur la syphilis chez la femme*, 2e édit., p. 109.

revient d'un long voyage qui a duré quatre à cinq mois et pendant lequel il a été « absolument vertueux ». Mais, de retour à Marseille, il s'est largement « dédommagé » le premier jour de son débarquement, et c'est *quatre jours* après (sans erreur) qu'a débuté la lésion pour laquelle il réclame mon avis. Eh bien, avant même d'avoir examiné cette lésion, j'étais autorisé à répondre à mon client ce que je lui répondis, à savoir : « Je ne sais encore ce qu'est la lésion que vous allez me montrer ; mais déjà je sais qu'elle n'est pas, qu'elle *ne peut être* un chancre syphilitique, car le chancre syphilitique ne se manifeste jamais quatre jours après un coït. » Et, en effet, l'événement me donna raison ; il ne s'agissait que d'un chancre simple.

De même, une lésion éclose à très longue échéance (trois mois, par exemple) au delà d'un rapport suspect ne saurait être un chancre syphilitique, ce chancre ayant toujours (sauf exceptions des plus rares, voire encore problématiques) une incubation beaucoup moins longue.

Seulement, ce signe emprunté à l'incubation n'est valable qu'à une condition formelle, expresse, *sine quâ non*, à savoir : possibilité d'une détermination précise de l'incubation. Il faut et il faut absolument que le malade puisse dire d'une part : « Je me suis exposé à telle date ; mais antérieurement à cette date je ne m'étais pas exposé depuis un temps plus ou moins long (deux mois au minimum) » ; — et, d'autre part : « Je me suis exposé à telle date, mais depuis lors je n'ai plus encouru aucun risque. » Or, cette double condition ne se rencontre que d'une façon peu commune. De sorte que le signe en question n'est que rarement utilisable pour le diagnostic. Ce qui n'empêche qu'en circonstances propices il ne puisse rendre au médecin et au malade (comme dans le cas précité de mon jeune officier) le plus utile service, *en excluant la possibilité même du chancre syphilitique.*

2° **Signes tirés de l'auto-inoculation**. — L'auto-inoculation (la seule en cause ici, l'hétéro-inoculation étant immorale et délictueuse) n'est susceptible en l'espèce d'éclairer le diagnostic que sur un point, et voici comment :

Un caractère majeur du chancre syphilitique est de répondre *négativement* à l'auto-inoculation, c'est-à-dire de *ne pas déterminer un second chancre syphilitique par auto-inoculation de son propre pus.* En cela ce chancre diffère absolument du chancre simple, lequel, on le sait, répond toujours à l'auto-inoculation par la production d'un nouveau chancre simple.

Et, en effet, l'expérimentation est formelle en l'espèce. Des milliers de fois elle a démontré ceci : que, si l'on vient à inoculer un sujet affecté d'un chancre syphilitique *adulte, pleinement confirmé,* avec le pus de son propre chancre, cette inoculation reste *stérile,*

c'est-à-dire ou bien ne produit aucun phénomène local, ou bien ne donne lieu qu'à des lésions banales qui n'ont rien de commun avec le chancre syphilitique.

Nulle contradiction possible à ce sujet. Car, je le répète à dessein, ces expériences d'auto-inoculation du chancre syphilitique ont été répétées à satiété par tous les syphiligraphes, dans tous les pays du monde, dans toutes les conditions imaginables, et toujours (sauf exceptions rarissimes que je préciserai dans un instant) elles ont abouti au résultat que je viens de dire. Pour ma seule part, j'en pourrais citer plus d'un millier, et je déclare que *je n'ai jamais abouti (pas même une seule fois) à créer un chancre syphilitique par l'auto-inoculation d'un chancre syphilitique.*

Cependant quelques faits inverses ont été produits. Il n'est pas vrai, a-t-on dit, que toujours et dans toutes les conditions possibles l'auto-inoculation du chancre syphilitique reste stérile. Quelquefois elle est *productive*; quelquefois elle donne lieu à telles ou telles lésions ; et il n'est même pas impossible qu'elle détermine un véritable chancre syphilitique.

Exposer ici les faits en question, pour les soumettre ensuite à la critique individuelle qu'ils réclameraient, serait sortir du cadre de cet ouvrage. Ce travail, du reste, a été accompli, et de main de maître, par un de mes anciens chefs de clinique, le Dr Hudelo, dans un long et remarquable mémoire dont je ne saurais assez recommander la lecture (1). Je me bornerai à résumer le débat en disant ceci :

Oui, il est vrai que parfois l'inoculation du chancre syphilitique, au lieu de rester (comme c'est le cas de beaucoup le plus usuel) absolument stérile, a déterminé quelques lésions locales. Mais *quelles ont été ces lésions ?* Or, il me semble qu'on peut les ranger sous quatre chefs, de la façon suivante :

1. Tantôt, et le plus souvent, elles ont consisté en de simples pustules furonculoïdes, se produisant sans incubation, n'atteignant qu'un développement minime, s'encroûtant bientôt, puis se fanant et disparaissant à brève échéance. Or, quoi de spécial à cela ? D'autant que ces pustules ont été surtout observées dans les cas où le pus d'inoculation avait été emprunté à des chancres suppuratifs, inflammatoires, artificiellement irrités par la cantharide ou la poudre de sabine. Impossible de voir là autre chose que de petits phlegmons cutanés, dus à l'insertion dans le derme de matières purulentes, et plus ou moins septiques, sans doute infectées par divers microbes.

2. Tantôt, mais bien plus rarement, on a eu affaire à des lésions ulcéreuses, rappelant l'aspect d'un chancre simple, à des « chancroïdes ». N'est-ce pas alors que la matière inoculée provenait ou bien d'un chancre simple (réputé syphilitique par erreur) ou bien

(1) De l'immunité syphilitique, *Annales de derm. et de syphiligr.*, 1891, p. 353.

d'un chancre mixte, c'est-à-dire d'une lésion contenant à la fois et le virus du chancre syphilitique et le microbe du chancre simple ?

3. D'autres fois on a vu succéder à l'inoculation « des lésions papuleuses, papulo-écailleuses, papulo-croûteuses, papulo-érosives, tuberculeuses », etc., dont la description rappelle absolument la physionomie de lésions syphilitiques secondaires. Eh bien, en effet, c'étaient là, suivant toute vraisemblance, des lésions secondaires, développées *in situ* sous l'influence d'une excitation traumatique ou septique. Ne voit-on pas fréquemment des lésions secondaires apparaître (même prématurément quelquefois) à la suite et par le fait d'irritations cutanées? Quoi de plus commun, par exemple, que de constater aux environs d'un chancre mal pansé, dont le pus baigne les parties voisines, des érosions ou des papules secondaires? Un vésicatoire n'en fait-il pas autant quelquefois à la même période de la maladie, en suscitant à sa surface une germination de papules ou d'autres lésions spécifiques ?

4. Enfin — et ceci est le point majeur — il semble peu contestable que l'auto-inoculation du chancre syphilitique ait déterminé quelquefois de véritables chancres syphilitiques. Quand on lit certaines observations (telles, par exemple, que celles du Dr Pontoppidan), il semble vraiment difficile de récuser la qualité de chancres à des lésions qui se sont produites après une certaine incubation (généralement un peu courte, à la vérité), qui se sont formulées sous l'aspect de papules rouges, « écailleuses, excoriatives ou croûteuses », qui ont acquis parfois le volume « d'une petite fève », qui se sont doublées d'une « induration » comparable à celle du chancre, qui ont laissé après elles des cicatrices dures, rougeâtres, ardoisées, etc., etc. Certes, un tel ensemble est bien suggestif, sinon démonstratif, en faveur de la qualité chancreuse desdites lésions.

D'autre part, une remarque s'impose. C'est que, dans l'ordre des cas en question, toujours (à ne parler que des plus probants) la réinoculation a été obtenue avec du pus de chancres encore *jeunes*, petits, récents. D'où cette induction, que le chancre devrait à son jeune âge la faculté de réinoculation. Jeune, a-t-on dit, le chancre peut encore s'inoculer, parce que l'organisme n'est pas encore protégé contre une infection nouvelle par une infection acquise et généralisée. Adulte ou vieilli, il n'est plus inoculable, parce qu'alors l'organisme se défend contre une infection nouvelle par un état d'imprégnation générale qui lui a conféré ce qu'on appelle l'immunité.

Dans cette hypothèse, donc, l'infection de l'économie serait *progressive*, et non pas immédiate. On la suppose commençant avec le chancre (pourquoi pas avant le chancre?), restant régionale d'abord, puis irradiant par les lymphatiques jusqu'aux ganglions, puis se répandant au delà dans tout l'être, mais, en somme, exigeant pour se généraliser un certain laps de temps pendant lequel la réceptivité

de l'organisme reste encore ouverte à de nouveaux apports du germe infectieux.

Les choses se passent-elles ainsi ? Est-ce là le processus intime de l'infection spécifique? Nul ne saurait le dire aujourd'hui. — Et, à supposer que telle soit la pathogénie morbide, combien de temps persisterait, après l'éclosion du chancre, la réinoculabilité possible du virus infectieux? Autre question non moins entourée de ténèbres. Cette dernière, cependant, n'est pas de celles qui soient supérieures à nos procédés d'investigation. Pour être difficile, délicate, elle n'est pas au-dessus de nos moyens. Il est donc à désirer que de nouvelles expériences, sévèrement instituées avec toute la rigueur des méthodes modernes, viennent enfin l'élucider.

Au total, l'état actuel de nos connaissances en l'espèce peut être, je crois, exactement résumé dans les termes suivants :

1. Il est absolument démontré que le chancre syphilitique bien constitué, le chancre adulte, à maturité, *n'est pas susceptible d'être réinoculé au porteur* (comme on dit en langage technique), c'est-à-dire de reproduire un chancre syphilitique par auto-inoculation.

2. Il résulte d'un certain groupe de faits que le chancre syphilitique JEUNE a pu quelquefois déterminer par auto-inoculation des lésions analogues à ce qu'est le chancre syphilitique, lésions auxquelles il paraît difficile de contester le caractère de *chancres de réinoculation*.

Encore me faut-il ajouter, pour rester dans l'exacte mesure des conclusions à déduire des faits actuellement connus, que cette réinoculation du chancre syphilitique n'a été observée que très rarement. Elle a échoué entre les mains d'un grand nombre d'expérimentateurs, et je dois déclarer que, pour ma part, je ne l'ai pas encore obtenue.

Cela posé, je reviens à la question qui nous intéresse pour l'instant.

L'auto-inoculation peut-elle contribuer au diagnostic différentiel du chancre syphilitique? Oui, certes. Elle peut rendre un service, un grand service à ce diagnostic, mais elle ne peut lui en rendre qu'*un seul*. Je m'explique.

Elle peut différencier le chancre simple du chancre syphilitique. Elle peut apprendre si tel chancre qui, de par ses caractères objectifs, reste de nature douteuse, est ou n'est pas un chancre simple. Comment cela? Tout simplement parce que le chancre syphilitique (adulte du moins) répond négativement à l'auto-inoculation, tandis que le chancre simple est auto-inoculable par excellence et répond toujours à une inoculation (bien faite) par la production *in situ* d'un chancre simple.

Mais à cela se bornent les renseignements diagnostiques à attendre de l'auto-inoculation. Car, si le chancre syphilitique répond négativement à l'auto-inoculation, il en est exactement de même pour nombre d'autres lésions dont il y aurait utilité à le différencier, telles

que l'herpès, les érosions inflammatoires, les érosions traumatiques, l'eczéma, les accidents cutanés divers qui peuvent objectivement le simuler, voire certains accidents tertiaires circonscrits et chancriformes. Impossible, par exemple, de différencier un chancre syphilitique d'un herpès par le secours de la lancette, et c'est là précisément, en pratique, le problème qui se présente le plus souvent.

Donc, les services à attendre de l'auto-inoculation en l'espèce sont d'ordre limité et exclusivement relatifs à la catégorie spéciale de cas où le diagnostic se restreint à la différenciation des deux chancres.

Or, les cas de ce genre ne sont pas rares en pratique, et c'est à leur propos que l'inoculation peut intervenir utilement, très utilement. Exemple : Un de mes élèves vient un jour me consulter. « J'ai sûrement un chancre, me dit-il ; mais quel chancre ? Je ne sais, et suis mortellement inquiet. » Examen fait, je ne fus guère mieux fixé que mon élève. On voyait bien, de par l'aspect et l'importance de la lésion, qu'il ne s'agissait ni d'un herpès, ni d'une érosion simple, ni de ceci ni de cela ; un chancre seul pouvait se trouver en cause, mais quel chancre ? Eh bien, en quarante-huit heures, l'inoculation nous l'apprit, en développant un chancre simple.

3° **Signes tirés de la confrontation.** — La confrontation peut servir au diagnostic de deux façons, à savoir :

A. *De par ses résultats négatifs.* — Il est bien certain, en effet, que, si le sujet d'où la contagion a pu procéder est trouvé sain, sûrement indemne de syphilis, la lésion en litige ne saurait être un chancre syphilitique ; car, en fait de syphilis, « qui n'a rien ne donne rien », et jamais un chancre syphilitique n'a procédé d'un sujet indemne de syphilis.

B. *De par les lésions constatées sur le sujet qui a transmis la contagion.* — Et, en effet, il résulte de recherches nombreuses entreprises autrefois par divers observateurs (Bassereau, Clerc, Ricord, A. Fournier, Rollet, Dron, etc.), que la nature d'un chancre est toujours subordonnée à la nature de la lésion d'où a procédé ce chancre. Ce rapport est constant, fatal. En fait de chancre, *tel père, tel fils.* Voici un sujet, par exemple, qui s'expose à la contagion d'un chancre simple ; il contracte un chancre simple ; — en voici un autre qui s'expose à la contagion d'un chancre syphilitique (ou d'une lésion syphilitique transmissible, n'importe) ; il contracte un chancre syphilitique. En autres termes, le chancre simple se transmet en tant que chancre simple, et la syphilis se transmet en tant que syphilis. Jamais d'inversion possible, jamais d'infraction à cette *loi* pathologique, laquelle d'ailleurs n'est qu'une application particulière aux affections vénériennes de la grande loi de *transmission en l'espèce* de toutes les maladies spécifiques, virulentes ou microbiennes.

Eh bien, sur cette base est fondé un procédé diagnostique qui consiste en ceci : Étant donnée une lésion réputée chancreuse, mais indécise comme qualité de chancre, examiner le sujet qui l'a transmise, et conclure de la qualité de la maladie trouvée sur lui à la qualité de la maladie communiquée. Trouve-t-on, par exemple, un chancre simple chez le sujet contaminant, bien sûrement la lésion du sujet contaminé est un chancre simple. Au contraire, trouve-t-on sur le premier un accident de syphilis, non moins certainement la lésion du second est l'accident primitif d'une syphilis, à savoir un chancre syphilitique.

Ce procédé diagnostique reste donc une ressource à exploiter dans les cas embarrassants (et ceux-ci ne laissent pas d'être encore assez nombreux) où, après examen le plus attentif, on arrive à cette conviction que la lésion à déterminer est bien sûrement un chancre, mais un chancre de nature impossible à spécifier cliniquement.

Or, c'est là un procédé qui, dans la pratique courante, est généralement négligé, délaissé, inusité. Est-ce qu'on n'y songe pas ? Est-ce qu'on s'en défie théoriquement? Ou bien est-ce qu'on recule devant les difficultés ou les incertitudes présumées de la méthode? Je ne saurais le dire et me borne à constater un état d'esprit.

Et cependant, ce procédé peut faire la lumière. Il constitue un dernier recours dans les cas où le diagnostic reste en suspens de par tous les autres moyens dont nous disposons. Il peut surtout être fort utile en certains cas spéciaux où il y a intérêt pour les malades à être renseignés le plus tôt possible sur la nature de la contagion qu'ils ont subie. Cette ressource suprême, ultime, pourquoi donc la négliger, pourquoi ne pas la mettre au service de nos clients?

Je déclare, quant à moi, avoir eu recours des centaines de fois, dans ma pratique de ville, à la méthode de confrontation, à propos de cas difficiles, embarrassants, où les signes cliniques me faisaient défaut, et avoir bien des fois — mais non toujours, assurément — obtenu de cette méthode les plus utiles enseignements. Elle a pu ne me rien fournir, rester muette à la question que je lui demandais de résoudre, mais jamais, du moins, elle ne m'a fourni d'indications trompeuses.

Ce n'est pas le lieu de produire ici les pièces justificatives dont je dispose en l'espèce. Cependant je ne puis résister au désir de citer au moins un des cas en question, à titre de spécimen, pour montrer de quelle utilité peut être la méthode en certaines occurrences de pratique.

Un ancien camarade de collège vint un jour me demander mon avis sur une lésion qu'il portait à la verge et qui l'inquiétait d'autant plus qu'il était *sur le point de se marier*. Il me racontait qu'à la suite d'un banquet que lui avaient offert ses amis « pour enterrer sa vie de garçon », il s'était laissé aller à avoir rapport avec une ancienne amie « de la santé de laquelle il se croyait sûr » ; que, trois semaines plus tard, il avait vu naître sur sa verge un bouton ;

qu'effrayé de ce bouton, il l'avait cautérisé à maintes reprises. Dans cet état, il était allé consulter plusieurs médecins dont il avait reçu des avis différents et dont l'un, le plus autorisé en pareille matière, lui avait dit qu'un diagnostic ne pouvait être porté sur cette lésion, transfigurée qu'elle était par les caustiques. J'examinai ledit bouton et le considérai comme un chancre ; mais, vu l'état inflammatoire des parties, je ne pus déterminer à quelle espèce de chancre j'avais affaire. Dans l'une des aines existait bien une adénopathie composée de deux ganglions indolents, durs, aphlegmasiques, analogues à ceux qui accompagnent le chancre infectant ; mais, pour comble d'embarras, le malade affirmait qu'il portait ces glandes depuis fort longtemps et qu'en tout cas elles étaient antérieures à la lésion actuelle.

En de telles conditions, tout diagnostic était évidemment impossible. Il fallait attendre pour formuler une opinion. — Pressé néanmoins par le malade de lui donner une réponse immédiate sur son état, j'eus recours aux indications que pouvait fournir une *confrontation*, et je demandai à visiter la femme inculpée. — Cette femme me fut amenée le jour même. Je constatai sur elle, à la vulve, une macule rougeâtre, cicatricielle, reposant sur des tissus fortement indurés ; de plus, une adénopathie inguinale bien accusée, à ganglions multiples, durs et indolents ; et enfin une syphilide érythémateuse assez confluente. Nul doute, cette femme était affectée de syphilis, et c'était la syphilis qu'elle avait dû transmettre. — J'annonçai donc à mon pauvre camarade que le chancre dont il était affecté était certainement de nature infectieuse, et que ce chancre ne tarderait guère à être suivi d'accidents généraux. Je lui formulai un traitement, et surtout je le décidai à renoncer pour l'instant à tout projet de mariage. Quelques semaines, en effet, ne s'étaient pas écoulées qu'une roséole, une angine spécifique et divers autres symptômes confirmaient mon diagnostic et mes prévisions.

Malheureusement, à la vérité, cette méthode ne trouve son application possible que dans un nombre de cas fort limité. Et cela pour des raisons d'ordres divers : parce que, d'abord, elle n'a de valeur qu'au cas où un seul sujet se trouve en cause comme origine possible de la contagion (1) ; — parce que le sujet d'où procède la contagion n'est pas toujours facile à retrouver ; — parce que ce sujet est souvent examiné *trop tard*, c'est-à-dire à une époque où l'accident dont est issue la contagion a eu le temps de se modifier, voire de disparaître, etc., etc. ; — toutes raisons qui peuvent rendre la confrontation soit impossible, soit stérile comme résultats.

N'empêche, je ne crains pas de le répéter, que dans les cas où elle est possible et praticable en des conditions propices, cette méthode ne soit appelée parfois à fournir au diagnostic les plus utiles lumières.

(1) On dira peut-être : « Qu'importe ? Si le malade a eu rapport avec *plusieurs* femmes, examinez-les *toutes*, et ces confrontations multiples pourront faire la lumière, aussi bien qu'une confrontation unique. » — Réponse : Une confrontation unique est souvent difficile, très difficile à obtenir, je l'affirme par longue expérience du procédé. Pratiquement, donc, des confrontations *multiples* seraient à peu près irréalisables. Il n'y faut pas songer.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

I. — **Diagnostic du chancre naissant.** — Le chancre naissant (c'est-à-dire âgé seulement de *quelques jours*) peut-il être reconnu et diagnostiqué sûrement ? Je n'hésite pas à répondre à cette question par la négative et à dire : Non, le chancre tout jeune ou, pour préciser, le chancre âgé d'un à quatre jours n'est pas susceptible d'être dûment reconnu et affirmé en tant que chancre.

Et pourquoi? Parce qu'à cette époque *il ne possède pas encore un seul caractère formel et distinctif*. A cette époque, il ressemble à n'importe quelle lésion. Examinez-le attentivement, le plus attentivement du monde, analysez-le dans ses moindres détails, vous n'y trouverez rien de spécifique, rien de démonstratif, ni comme forme, ni comme état de bords, ni comme état de surface, ni comme couleur, ni comme induration (car, à cette époque, son induration n'est pas encore appréciable). Comment donc le reconnaître et l'affirmer en tant que chancre, alors que tous les attributs constitutifs du chancre lui font encore défaut ?

Qu'on puisse, dès son plus jeune âge, le *soupçonner*, et cela soit d'après quelques indices embryonnaires, soit surtout par exclusion (j'entends par élimination d'autres lésions pouvant le simuler, telles que herpès, érosion traumatique, érosion inflammatoire, etc.), cela, je le concède. Mais, *l'affirmer*, et dire par exemple : « Cette lésion âgée de deux jours, de trois jours, de quatre jours, est bel et bien un chancre », non, cela n'est pas permis à un médecin, parce qu'il n'est pas permis à un médecin de faire un diagnostic *en l'absence de signes* ou sur des signes insuffisants. Énoncer un jugement en pareille condition, c'est non pas instituer un diagnostic, mais hasarder une prophétie. Et je répéterai ici ce que j'ai déjà dit ailleurs : De même qu'il est impossible à un botaniste, devant une plante sortant à peine de terre, de désigner l'espèce de cette plante d'après les premiers épanouissements de ses cotylédons, de même il nous est impossible, il ne nous est pas permis, à nous cliniciens, de reconnaître le chancre naissant d'après ses manifestations embryonnaires.

Qu'on en juge, au surplus, d'après une pièce très rare et très instructive de ma collection (1), qui représente, très habilement et très scrupuleusement reproduit par M. Baretta, un chancre syphilitique de la verge observé à son *quatrième jour* (exactement), chancre qui a été suivi des symptômes les plus classiques de l'infection constitutionnelle. Voyez ce chancre. Présente-t-il, en tant que lésion, quoi que ce soit de spécial ? Non. Y trouve-t-on, y remarque-t-on quelque indice particulier soit comme forme, soit comme coloration, soit comme fond, soit comme bords, soit comme physionomie

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, Collection Fournier, pièce n° 41.

générale? Non. Ce chancre est exactement ce que pourrait être la plaie la plus simple, ce que pourrait être le plus insignifiant traumatisme de la verge.

On a prétendu, à propos d'une certaine méthode thérapeutique dont j'aurai à parler plus tard (traitement *abortif* de la syphilis par excision du chancre), pouvoir reconnaître et diagnostiquer sûrement des chancres syphilitiques à leur stade initial, tout à fait initial, c'est-à-dire dans leurs premiers jours. Il faut sans doute que ceux de nos confrères qui se flattent de résoudre un tel problème soient en possession de signes que nous ne connaissons pas; ou peut-être bien, si on les mettait au pied du mur, auraient-ils quelque embarras à légitimer des diagnostics aussi téméraires. Quoi qu'il en soit, je me confesse beaucoup moins habile et me déclare incapable, je le répète, d'établir sur des bases positives le diagnostic du chancre syphilitique dans ses tout premiers jours.

Aussi bien, à mon sens, convient-il pour la pratique, alors qu'on est consulté à propos d'une lésion qui peut être un chancre naissant, de rester sur la réserve, de ne pas tenter l'impossible, de résister à l'impatience du malade comme à son impatience propre, et, somme toute, de ne pas risquer un diagnostic à l'aventure. Mieux vaut, bien mieux vaut accepter les choses comme elles sont, s'avouer à soi-même et avouer à autrui qu'on ne sait pas au juste ce dont il s'agit, et, en définitive, répondre à son client : « Je ne suis pas fixé sur la nature de l'accident dont vous êtes affecté, et je ne pourrai l'être que dans quelques jours ; *il nous faut attendre.* »

II. — **Diagnostic du chancre adulte.** — En revanche, lorsque le chancre s'est développé, lorsque surtout il est « à maturité », il peut être reconnu, diagnostiqué, affirmé, sinon toujours assurément, du moins pour la très grande majorité des cas.

Ce diagnostic différentiel se présente, suivant les cas, tantôt facile et patent, tantôt ardu, délicat, tantôt véritablement difficile, quelquefois enfin impossible.

Il repose naturellement sur deux bases, à savoir : 1° les caractères propres du chancre ; — 2° les caractères propres aux diverses lésions qui sont de nature à le simuler.

Or, les erreurs auxquelles on peut être conduit dans l'appréciation du chancre syphilitique varient nécessairement suivant la forme sous laquelle il se présente.

Il est évident que, si le chancre est érosif, ce n'est pas avec le chancre simple (lésion ulcéreuse) qu'on pourra le confondre; et qu'inversement, s'il est ulcéreux, ce n'est pas avec l'herpès (lésion érosive) qu'une méprise sera possible. Envisageons donc le chancre sous les diverses formes dont il est susceptible, et voyons à quelles erreurs le clinicien est exposé pour chacune d'elles.

A. — Sous la *forme érosive* ou exulcéreuse, le chancre risque surtout d'être confondu soit avec une *érosion* simple, traumatique, inflammatoire ou autre, soit avec un *herpès*.

Certes, il peut paraître étrange, presque extraordinaire, qu'on ait à mettre en parallèle avec l'accident initial d'une grande maladie telle que la syphilis des lésions aussi insignifiantes, aussi misérables (qu'on me passe le mot) que des érosions simples ou un herpès. Telle est cependant la réalité des choses. Et l'expérience apprend ceci : que, neuf fois sur dix, lorsqu'on s'est mépris sur un chancre, on s'est mépris en le considérant soit comme une érosion simple soit comme un herpès. Le diagnostic faux « écorchure » est même, entre tous, celui qui se substitue le plus souvent au diagnostic vrai de chancre syphilitique.

1. — *Érosions simples*. — D'une façon assez commune pour être dite courante, le chancre syphilitique est pris pour telle ou telle variété d'érosions simples, à savoir : érosions inflammatoires de balanite, de posthite, de vulvite ; — érosions traumatiques du coït, éraillures, écorchures ; — érosions quelconques irritées par des topiques ou des cautérisations, etc. — De quels éléments séméiologiques disposons-nous contre des méprises de ce genre?

Aucun fonds sérieux à faire sur de prétendus signes tirés du siège des lésions, de leur configuration, de leur étendue, de leur couleur, de leur physionomie générale, etc. En l'espèce, tout le diagnostic réside en deux considérations que voici : *induration de base* et *adénopathie*.

1° *Induration de base*. — Palpez soigneusement, d'après les règles précédemment formulées, la *base* de la lésion. S'agit-il d'un chancre, presque infailliblement vous constaterez sous sa base une certaine rénitence, une certaine dureté. Si faible que soit cette rénitence, c'est un indice, c'est un signe majeur, propre tout au moins à éveiller le soupçon. *A fortiori*, si cette rénitence est bien formulée, si elle se présente aux doigts avec les caractères propres à l'induration chancreuse, ce sera là une forte présomption en faveur du chancre ; car les érosions vulgaires ne s'accompagnent jamais de cette rénitence si spéciale qui constitue l'induration.

2° *Adénopathie*. -- En second lieu, interrogez les ganglions. Si vous ne trouvez aucun engorgement ganglionnaire (à une époque où la lésion a déjà dépassé son premier septénaire), vous pouvez hardiment vous prononcer contre le chancre. Car, avec le chancre adulte, l'adénopathie est constante, nécessaire, *fatale*, suivant le mot de Ricord.

Que si, au contraire, vous rencontrez une adénopathie présentant les caractères du bubon satellite, et surtout si vous rencontrez une *pléiade*, presque à coup sûr alors vous pouvez affirmer le chancre, car c'est là par excellence l'adénopathie de la vérole.

Tels sont les deux signes qui, seuls, permettent un diagnostic formel entre les érosions vulgaires et le chancre.

Mais ici se présente ou peut se présenter ce que j'appellerai LE PIÈGE DES INDURATIONS ARTIFICIELLES.

Les érosions vulgaires qui s'offrent au diagnostic du médecin ne sont pas toujours, alors qu'on est appelé à en instituer le diagnostic, vierges de traitement antérieur. Souvent, très souvent, au contraire, elles ont été déjà traitées, pansées, cautérisées. Or, ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut bien enregistrer en son souvenir, c'est que, sous l'influence de certains topiques, tels que l'alun, le sublimé, le tannin, l'alcool, l'acide phénique, etc., et, plus spécialement encore à la suite de cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la cendre de pipe, etc., *les érosions les plus vulgaires s'indurent parfois d'une façon surprenante*, et s'indurent au point de simuler les indurations syphilitiques les plus accentuées, au point de tromper les médecins les plus experts. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, que des indurations très manifestes, simulant à s'y méprendre l'induration chancreuse, succèdent à la cautérisation des végétations par le nitrate acide de mercure.

Si donc le médecin n'est pas prévenu du traitement antérieur subi par la lésion à diagnostiquer, il court risque de prendre une *induration artificielle* pour une induration spontanée, syphilitique, et l'on voit à quelle erreur il sera conduit.

Positivement, il est des érosions vulgaires qui, cautérisées, présentent d'une façon absolue à la fois l'aspect objectif et l'induration du chancre. Pour l'œil comme pour les doigts, ce sont alors de véritables chancres syphilitiques. Un superbe exemple du genre nous a été offert ici par une femme qui présentait en apparence, à la lèvre supérieure et sur la ligne médiane, le plus beau type de chancre induré, sous forme d'une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes, rouge, saillante, et doublée d'une grosse induration globuleuse. A voir, comme à toucher cette ulcération, tout le monde en faisait un chancre syphilitique. Et cependant, ce n'était pas un chancre; c'était tout simplement une plaie vulgaire, résultat d'une cautérisation que s'était faite la malade, avec de l'eau régale, sur une gerçure rebelle de la lèvre.

De même, comme je le disais à l'instant, la cautérisation des végétations par le nitrate acide de mercure détermine parfois en certains points (tout particulièrement au niveau de la rainure glando-préputiale) des lésions ulcéreuses qui, tant au point de vue de l'aspect objectif que de l'induration sous-jacente, simulent absolument le chancre.

Aussi bien, pour se tenir en garde contre des surprises de ce genre, faut-il s'imposer en pratique une règle de conduite absolue, à

savoir : Ne jamais émettre un diagnostic sur une érosion avant d'avoir posé au malade la question suivante : « Cette lésion a-t-elle été traitée, et comment? Cette lésion a-t-elle été cautérisée? » — et, au cas de réponse affirmative, ne tenir aucun compte de l'induration perçue sous la base de la lésion. Car cette induration peut n'être qu'un résultat des traitements antérieurs subis par le malade; elle n'est plus bonne alors qu'à donner le change; elle n'a plus en tout cas de signification pour le diagnostic.

II. — HERPÈS — L'herpès est une des lésions avec lesquelles le chancre est le plus souvent confondu. A preuve ce propos qu'on entend incessamment répéter aux malades : « On s'est trompé sur mon chancre à son début; on l'a pris pour un herpès, etc. »

Certes, il n'est pas d'erreur possible entre le chancre et certaines variétés de l'herpès, telles que l'herpès vésiculeux ou l'herpès à petites érosions miliaires, etc. Mais nombre d'autres variétés de l'herpès sont bien faites en vérité pour une confusion de cet ordre. Citons comme telles : l'*herpès en bouquet confluent*, dont les fines vésicules se convertissent après rupture en une seule érosion plus ou moins étalée; — l'*herpès creux*, qui, au lieu de se borner à exfolier l'épithélium, entame superficiellement le derme; — l'*herpès solitaire*, forme assez rare, mais bien authentique, constituée par une érosion unique, souvent assez étendue; — l'*herpès à longue durée*, exigeant trois, quatre, cinq semaines pour son évolution complète, etc., etc. (1). — Ces variétés et d'autres constituent des types véritablement CHANCRIFORMES, simulant plus ou moins le chancre syphilitique, voire le simulant parfois d'une façon absolue, à ce point que de l'aveu des maîtres de l'art, de Ricord en particulier, « il n'est pas de diagnostic possible à établir à première vue et même pour un certain temps entre de telles lésions et le chancre ».

Cette vérité, j'ai voulu la rendre saisissante pour les yeux et pour l'esprit par un rapprochement des deux types. Dans ce but, j'ai groupé côte à côte deux moulages sur un même support. De ces moulages, l'un représente un chancre vulvaire, qui a été suivi, à échéance normale, de l'explosion secondaire la plus classique; et l'autre reproduit un herpès vulvaire qui, bien entendu, n'a donné lieu à aucun symptôme d'infection. Donc, pas d'erreur possible sur le diagnostic de part et d'autre. Or, comparez ces deux lésions. Elles sont *identiques* objectivement : même forme, même étendue, même couleur, même physionomie générale. « Ce sont deux Sosie », disait un médecin à qui je montrais cette belle pièce, si éminemment instructive (2).

Distinguer le chancre de l'herpès est un problème qui a vivement

(1) V. mes *Leçons sur l'herpès*, recueillies par le Dr Emery, Paris, 1896.
(2) Voir, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, Coll. de l'auteur, la pièce n° 207.

préoccupé les cliniciens. Aussi, un grand nombre de signes ont-ils été proposés comme pouvant servir à ce diagnostic différentiel. En voici, d'abord, une demi-douzaine, à ne parler que de ceux qui méritent d'être cités :

1° L'herpès a très fréquemment des *antécédents d'herpès* et souvent aussi d'herpès de même siège;

2° Il a généralement une *éruption multiple* et disséminée.

3° Il a souvent pour prélude un *éréthisme local* qui se traduit par du prurit, de la chaleur, de la brûlure (sorte de « feu local », bien connu des malades qui y sont sujets), voire quelquefois par des douleurs névralgiformes (*herpès névralgique*);

4° Ses érosions ne sont presque jamais que très *superficielles*;

5° Ses érosions sont le plus souvent minimes, ténues, *miliaires*;

6° Il se traduit parfois, à distance de son bouquet éruptif principal, par ce que j'ai appelé ses *vésicules aberrantes*, suivies d'*érosions miliaires aberrantes*.

Ces diverses particularités sont réelles et ressortent en effet de l'observation. Mais toutes ne sont qu'éventuelles et de signification diagnostique plus que restreinte. Ainsi :

1° Certes, oui, l'herpès a très communément des antécédents d'herpès; à preuve cette variété si curieuse décrite par un médecin distingué, le Dr Doyon, sous le nom d'*herpès récidivant*. Mais qu'importe? Est-ce que le sujet le plus criblé d'herpès est à l'abri d'un chancre?

2° Certes, oui, l'herpès est constitué le plus souvent par une éruption multiple et disséminée. Mais n'est-il pas des herpès discrets, voire solitaires; comme aussi, réciproquement, n'est-il pas des chancres multiples?

3° Il est bien vrai que l'herpès a parfois pour prélude des phénomènes d'excitation locale. Mais cela, d'abord, ne s'observe que dans un certain nombre de cas assez restreint. Puis, quelle valeur accorder pour un diagnostic à un signe purement subjectif?

4° et 5° Il est bien vrai qu'en général les érosions herpétiques sont plus superficielles et moins étendues que ne l'est le chancre. Mais n'est-il pas des chancres érosifs et petits? Simples différences de degré, sur lesquelles on ne saurait baser un diagnostic (1).

(1) J'ai dû passer sous silence dans ce rapide exposé nombre de détails (si intéressants soient-ils) sur les formes *anormales* de l'herpès, susceptibles de simuler le chancre. Ainsi :

1° Relativement à l'*entamure tégumentaire*, il est des herpès plus ou moins excavés, véritablement creux, taillés en cupule, à l'évidoir, en godet. On en rencontre même qui excavent le derme à la façon du chancre simple, c'est-à-dire bien plus profondément que ne le fait le chancre syphilitique dans ses formes usuelles.

2° De même, relativement à l'*étendue*, il est de *grands* herpès, qui atteignent les dimensions habituelles du chancre syphilitique, voire qui les dépassent quelquefois. Couramment, on observe des herpès qui offrent les dimensions d'un pépin

6° Meilleur est le dernier signe, celui des vésicules ou des érosions aberrantes, parce qu'il atteste nettement l'herpès de par la qualité de ses lésions essentielles. Mais ce n'est là qu'un signe éventuel et, de plus, assez rare.

Si bien qu'il n'est pas à faire fonds sur ces divers signes et que les éléments d'un diagnostic différentiel doivent être cherchés ailleurs.

Or, trois autres signes, d'une valeur bien plus sérieuse, nous sont offerts :

1° Par l'état de base de la lésion ;

2° Par la présence ou l'absence d'une adénopathie symptomatique ;

3° Et surtout par le graphique circonférenciel de la lésion.

En effet :

1° Avec le chancre, induration constante ou presque constante, à des degrés divers et sous les formes diverses que j'ai décrites précédemment ;

Avec l'herpès, état souple de base, ou tout au plus légère rénitence inflammatoire, qui ne donne pas aux doigts la sensation sèche, nette, de l'induration spécifique.

2° Avec le chancre, adénopathie constante, et, de plus, adénopathie aphlegmasique, indolente, dure, le plus habituellement polyganglionnaire (*pléiade*) ;

Avec l'herpès, ou bien (c'est là de beaucoup le cas le plus fréquent) aucun retentissement ganglionnaire ; — ou bien, tout au plus, légère tension subinflammatoire des ganglions.

Pour la grande majorité des cas, ces deux premiers signes suffisent à déterminer le diagnostic. Mais il faut reconnaître que, pour un certain nombre d'autres, ils contiennent des *causes d'erreur* qu'il importe de signaler. Ainsi :

1° Il est positif qu'en certaines occasions l'érosion herpétique se double d'une rénitence ou foliacée ou même parcheminée qui peut donner le change et faire croire à un chancre. Il en est de la sorte lorsque l'herpès détermine autour de lui un certain degré d'état inflammatoire des tissus. Il en est de la sorte également lorsqu'il siège sur certains points où surabonde le réseau lymphatique, tels notamment que la rainure glando-préputiale, la région du frein et le

d'orange, d'une amande d'abricot, d'un haricot, ou même (ceci est plus rare) d'une pièce de vingt centimes. A la rainure glando-préputiale, il est absolument commun de rencontrer des herpès qui (par coalescence) forment des érosions d'un centimètre à un centimètre et demi de diamètre transverse, sur un diamètre vertical de 5 à 6 millimètres. M. Doyon a relaté le cas d'un de ses malades qui, tous les deux mois, voyait survenir sur son prépuce, et toujours au même point, de véritables ulcères mesurant 10 à 12 millimètres de diamètre, et qui cependant n'étaient rien autre que des herpès, etc., etc.

Je ne puis, sur ces divers points, que prier le lecteur de se reporter à mes *Leçons sur l'herpès*.

méat uréthral, où d'ailleurs les lésions de toutes sortes se présentent presque toujours plus ou moins dures (1).

Donc, il faut se méfier de cette induration possible de l'herpès et se garder de l'imputer à un chancre.

2° De même, l'herpès n'est pas sans réagir quelquefois sur les ganglions et les affecter d'une façon vraiment périlleuse pour le diagnostic. J'ai vu maintes fois des herpès de la verge ou de la vulve déterminer dans l'aine le gonflement d'un ganglion, quelquefois de deux, voire (mais exceptionnellement) de trois ganglions. Et ces ganglions, de plus, généralement peu douloureux ou même indolents, gros comme de petites olives, mobiles, aphlegmasiques, sont de nature à simuler quelquefois l'adénopathie satellite du chancre.

J'ai dans mes notes et dans mes souvenirs toute une série de cas où l'existence d'un ou de plusieurs ganglions développés à propos de lésions douteuses de la verge m'a longtemps tenu en échec, au point de me faire redouter un chancre alors qu'il ne s'agissait (comme l'évolution le démontrait plus tard) que d'une adénopathie symptomatique d'herpès (2).

(1) Bien positivement, il est des herpès tout à fait *trompeurs par leur induration*. J'aurais, pour démontrer ce point, une foule d'exemples à citer. A titre de spécimens, qu'il me soit permis de relater les deux suivants :

En 1875, un étudiant en médecine, aujourd'hui médecin très distingué, vint me consulter pour une lésion qu'il portait au niveau de la rainure glando-préputiale, et que lui-même avait diagnostiquée chancre induré. Cette lésion, en effet (qui n'avait jamais été cautérisée, ni soumise à aucun topique irritant), était parfaitement indurée, aussi indurée que le sont certains chancres syphilitiques. Je crus comme lui tout d'abord (pour cette raison et d'autres) à un accident primitif de syphilis; mais, plus défiant que lui, je réservai toutefois le diagnostic en raison de deux petites érosions voisines (l'une de la rainure, l'autre du frein) qui, miliaires et souples de base, semblaient formellement herpétiques. Aucun traitement ne fut institué, et depuis vingt-deux ans nul symptôme de syphilis ne s'est produit sur notre confrère.

En 1885, un jeune homme de vingt-deux ans se présentait à ma consultation pour une érosion unique de la rainure, lenticulaire et à base foliacée. Quinze jours après (le chiffre est à noter au point de vue de la longévité possible de la lésion) l'érosion persistait encore et, de plus, avait pris une rénitence véritablement parcheminée. D'autant plus inquiet que deux ganglions de moyen volume s'étaient produits dans l'aine correspondante, je voulus avoir l'opinion de mon maître, M. Ricord, et je lui adressai mon client, en le priant de vouloir bien me dire s'il croyait à un chancre induré ou à un herpès. M. Ricord examina longuement, soigneusement, le malade, et me le renvoya avec une lettre sur laquelle il avait simplement dessiné comme réponse un énorme point d'interrogation. Eh bien, ci encore, comme l'événement et l'évolution ultérieure le démontrèrent, il ne s'agissait que d'un herpès, mais d'un herpès induré à ce point que M. Ricord, le grand maître qui a si bien étudié l'induration du chancre, ne s'était pas cru en droit d'instituer un diagnostic !

(2) Ce point a une telle importance pour le diagnostic que je n'hésite pas à reproduire ici le passage suivant de mes *Leçons sur l'herpès* :

« ...En quelques circonstances, le retentissement ganglionnaire de l'herpès se produit sous une forme froide, aphlegmasique, tout à fait comparable à ce qu'est, à son début, l'adénopathie symptomatique du chancre induré.

» Ce qu'on observe est ceci :

» Coïncidemment avec un herpès génital, production dans l'une des aines ou (plus

Aussi bien, en raison de ces causes possibles d'erreur, un troisième signe différentiel entre le chancre et l'herpès serait-il le bienvenu, s'il pouvait, dans ces cas particulièrement difficiles, apporter la lumière. Fort heureusement, ce signe existe quelquefois, et c'est lui qui me reste à spécifier.

3° *Polycyclisme et microcyclisme de l'érosion herpétique.* — Si vous examinez le contour d'un chancre, vous le trouvez représenté soit par une circonférence d'un certain diamètre, soit par un ovale plus ou moins régulier, soit par une forme quelconque non géométrique.

Si vous examinez le contour d'une érosion herpétique un peu étendue, vous constatez au contraire les deux particularités que voici :

1° Ce contour est tourmenté, sinueux, presque géographique, figurant çà et là des *segments de circonférence.* Généralement, on observe plusieurs de ces segments de circonférence (*polycyclisme*); parfois on n'en rencontre qu'un seul.

2° En second lieu, les segments arciformes qui profilent sur quelques points le contour de la lésion appartiennent tous à de *petites*

rarement) dans les deux aines d'une adénopathie caractérisée par le développement d'un ou de deux ganglions, voire, mais exceptionnellement, trois ou quatre ; — ganglions offrant en moyenne le volume d'une petite noisette ou d'une olive ; — ganglions fermes au toucher, mais sans dureté réelle ; — ganglions non douloureux ; — ganglions restant mobiles, froids et aphlegmasiques.

» Constituée de la sorte, cette adénopathie herpétique se rapproche par nombre de caractères de ce qu'est le bubon symptomatique du chancre syphilitique ; elle s'en rapproche :

» 1° Par la multiplicité de ses ganglions ;

» 2° Par ses ganglions mobiles (sans empâtement périphérique) ;

» 3° Par ses ganglions indolents ;

» 4° Par ses ganglions aphlegmasiques.

» Exemples : Dans un cas que j'ai observé avec le Dr Dieulafoy, il existait dans l'une des aines *trois* ganglions, à savoir : un, petit et pisiforme ; et deux comparables chacun à une olive.

» Dans un autre cas (celui à propos duquel M. Ricord me répondit par un point d'interrogation), on trouvait, dans l'aine correspondante à la lésion, *trois* ganglions du volume d'un grain de cassis.

» Dans un troisième cas, chacune des aines présentait *deux* ganglions comparables à de petites noisettes.

» On dira en revanche et avec toute raison que, même ainsi constituée, cette adénopathie diffère de la pléiade du chancre, et qu'elle en diffère à de nombreux points de vue :

» Parce que ses ganglions sont bien moins multiples que ceux de la pléiade symptomatique du chancre syphilitique ; — parce qu'ils sont bien moindres comme volume ; — parce qu'ils n'ont pas la consistance, la dureté presque spécifique, des ganglions de la pléiade, etc.

» Certes, oui, répondrai-je ; mais notez qu'en l'espèce, pour le diagnostic spécial dont nous poursuivons l'étude (à savoir le diagnostic différentiel d'un herpès et d'un chancre *récent*), il ne s'agit pas de mettre en parallèle avec l'adénite de l'herpès la pléiade confirmée, la pléiade adulte du chancre adulte, mais bien la pléiade jeune, naissante, du chancre jeune. Or, quelle est cette pléiade ? Exactement ce que peut être l'adénopathie d'un herpès.

» En sorte qu'étant donnée une lésion toute jeune, datant d'une semaine, je suppose, l'existence d'une adénopathie légère constituée par de petits ganglions indo-

circonférences (*microcyclisme*). Ils représentent, par exemple, ce que serait un segment de circonférence d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet.

Ces deux particularités, qu'on peut parfois percevoir avec de bons yeux, mais qui en tout cas n'échappent pas à la loupe, ne sont pas le fait du hasard. Elles relèvent au contraire d'un fait anatomique; elles tiennent à l'essence même de la lésion, au mode suivant lequel se constitue l'érosion composite de l'herpès. Cette érosion, en effet, résulte de la fusion de plusieurs vésicules voisines formant ce qu'on appelle le bouquet d'herpès. Par coalescence ces vésicules composent l'érosion; et, tout naturellement, leurs segments extérieurs se traduisent sur le contour de cette érosion par des tracés arciformes. De là le polycyclisme; de là aussi le microcyclisme, qui ne fait que traduire la ténuité des vésicules originelles.

L'érosion herpétique doit donc, je le répète, à son essence même d'être une lésion à contour sinueux, géographique et semée de segments arciformes, puisqu'elle résulte de la fusion d'une série d'éléments circulaires.

Or, une telle configuration de frontières n'a pas raison d'être avec le chancre et ne se rencontre pas avec lui, puisque le chancre se développe à l'état de lésion unique, puisqu'il n'est pas une lésion composée. — Elle n'a pas plus raison d'être pour n'importe quelle autre variété d'ulcération. — Si bien qu'on peut la dire *pathognomonique de l'herpès*.

Pour avoir bien souvent et minutieusement étudié le signe en

lents, mobiles et aphlegmasiques, devient ou une source d'embarras pour le diagnostic ou une source d'erreurs. Car, de deux choses l'une, forcément :

» Ou bien l'on sait ce qu'il faut qu'on sache, c'est-à-dire que l'herpès peut se compliquer d'une adénopathie de ce genre, et alors cette adénopathie devient une difficulté de plus pour le diagnostic, en même temps, il est vrai, qu'une garantie contre la possibilité d'une erreur;

» Ou bien, si l'on méconnaît, si l'on ignore qu'une adénopathie de cet ordre peut coexister avec l'herpès, on conclut contre l'herpès en faveur du chancre, c'est-à-dire on court risque de faire un chancre de ce qui peut bien n'être pas un chancre.

» Or, jusqu'à ces derniers temps on donnait comme un des éléments majeurs du diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès l'état des ganglions, et l'on disait : Avec le chancre syphilitique, adénopathie constante; — avec l'herpès, immunité des ganglions.

» Eh bien, aujourd'hui, il faut revenir sur l'absolutisme de cette proposition et dire, en ce qui concerne l'herpès :

» 1° Oui, pour la plupart des cas, l'herpès (et surtout l'herpès discret) laisse indemnes les ganglions;

» 2° Mais, pour un certain nombre de cas, l'herpès, même discret, exerce un certain retentissement sur les ganglions ;

» 3° Et l'adénopathie qu'il constitue alors est d'autant plus insidieuse pour le diagnostic qu'elle se rapproche absolument, par l'ensemble de ses caractères, de ce qu'est, à ses débuts, la pléiade symptomatique du chancre.

» Conclusion : Étant donnée une lésion douteuse des organes génitaux, lésion qui peut être un chancre ou un herpès, il ne faut pas s'empresser de conclure au chancre sur la foi de quelques ganglions qu'on peut rencontrer dans les aines, car une telle adénopathie peut tout aussi bien relever de l'herpès. »

question sur quantité de malades, je suis autorisé à le présenter aujourd'hui comme un des meilleurs et des plus sûrs attributs de l'herpès ; et je le crois appelé à rendre de grands services pour le diagnostic différentiel qui nous occupe en ce moment.

Que le lecteur, au surplus, veuille bien en juger par ses yeux. J'ai fait relever par un dessinateur le graphique de contour d'un certain

Fig. 1.

nombre de chancres et d'herpès (ceux-ci, à vrai dire, choisis dans leurs types les plus accentués). A gauche sont les chancres, et à droite les herpès. Or, impossible de ne pas être frappé, au premier coup d'œil, de la différence de ces deux ordres de tracés. On remarquera de plus, à l'analyse de la figure, combien les segments de cercle qui composent le contour de l'herpès sont nettement accusateurs et véritablement pathognomoniques.

Les trois signes que je viens d'étudier permettent en général d'instituer un diagnostic immédiat et formel entre l'herpès et le chancre. Parfois cependant ils restent insuffisants, et cela pour des raisons diverses, telles que les suivantes : parce que la base de la lésion à déterminer n'offre rien de précis, surtout alors qu'elle a pu être modifiée par l'intervention de quelque topique irritant ou, *à fortiori*, artificiellement indurée par un caustique ; — parce qu'on rencontre dans les aines des ganglions insuffisants pour attester une pléiade spécifique, mais suffisants pour éveiller un doute ; — parce que le graphique de contour n'a pas de signification bien nette, etc., etc. Le diagnostic reste alors en détresse (1).

(1) Leloir avait encore indiqué, comme élément de diagnostic différentiel entre le chancre syphilitique et l'herpès un signe auquel il avait donné le nom de « signe de l'*expression du suc* » et qu'il décrivait ainsi : « Prenez une érosion d'herpès, vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée. Essuyez cette gouttelette et pressez de nouveau, vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide, puis une autre, et ainsi de suite... Au contraire, pressez un chancre, vous ne ferez pas sourdre à sa surface plus

A ce moment, l'*évolution morbide* devient le critérium à consulter en dernier ressort. Car, à s'en tenir à la marche usuelle des choses, on peut poser ceci comme règle :

1° Avec l'herpès, évolution hâtive : réparation ne se faisant guère attendre au delà de quelques jours ; — cicatrisation rapide ; — et cicatrisation sans reliquat local, c'est-à-dire sans dureté de base.

Avec le chancre, marche plus lente : limitation et réparation plus tardives ; — cicatrisation obtenue seulement au prix de quelques semaines ; — et cicatrice toujours doublée d'une certaine rénitence constituant l'induration posthume.

2° Avec l'herpès, atténuation rapide et disparition rapide de l'adénopathie légère qu'il a pu déterminer.

Avec le chancre, au contraire, développement, exagération et longue persistance de l'adénopathie satellite.

Toutefois, si telle est la règle, reconnaissons qu'elle souffre des exceptions. C'est qu'en effet il est des herpès à évolution lente, comme aussi des chancres à évolution rapide. C'est ainsi que l'adénopathie de l'herpès tarde quelquefois à s'effacer, et que celle du chancre peut demeurer insuffisamment formulée, etc.

Si bien, en définitive, qu'on a vu des cas de cet ordre rester obscurs, indéterminés et indéterminables, jusqu'à l'époque de l'invasion secondaire. C'est presque à n'y pas croire, et telle est cependant l'exacte vérité. Ricord l'a dit déjà, et je le répète après lui : « Il est des cas où le diagnostic entre le chancre et l'herpès reste *impossible* jusqu'au moment où l'apparition ou la non-apparition des accidents secondaires vient donner la solution du problème ». Peu communs heureusement, mais très authentiques sont les faits de cet ordre.

Coïncidence possible de l'herpès et du chancre. — Enfin, comme difficulté *de surprise* inhérente au diagnostic qui précède, il convient encore de signaler la coïncidence possible des deux accidents en question.

Affection essentiellement symptomatique, c'est-à-dire se manifestant surtout à propos et par le fait d'excitations soit générales soit locales, l'herpès se produit quelquefois à l'occasion et par le fait du chancre. Et généralement alors c'est à son pourtour, à ses environs qu'il se produit. Si bien que de la sorte certains malades s'offrent à l'examen du médecin affectés à la fois dans le même temps et au même siège de deux lésions, à savoir d'un chancre et d'un herpès.

Que si l'une et l'autre de ces affections se présentent avec des caractères bien accentués, on constate chacune d'elles indépendamment de l'autre, et le diagnostic n'offre pas d'embarras.

de liquide qu'il n'y en a ordinairement ; le suintement ne sera pas exagéré par la pression. »

Après avoir expérimenté bien des fois le signe de Leloir, j'ai été conduit à estimer qu'il n est rien de sérieux à en déduire pour le diagnostic différentiel en question.

Mais, au cas contraire, l'erreur est possible et facile. Le chancre, à vrai dire, ne risque guère de faire méconnaître l'herpès, qui s'atteste ou peut s'attester par des lésions multiples, éparses, miliaires, polycycliques, etc. Mais c'est l'herpès qui risque fort de faire méconnaître le chancre, lequel, englobé dans l'éruption herpétique, semble en constituer un élément. Aussi bien la méprise, en pareil cas, consiste-t-elle presque toujours en ceci : Voir l'herpès et ne pas voir le chancre.

Il n'est qu'une façon de se tenir en garde contre les *surprises* de ce genre ; c'est, étant donné un tel ensemble de lésions à déterminer, d'examiner individuellement chacune de ces lésions et de s'efforcer pour chacune, indépendamment des autres, d'en spécifier le caractère propre. Mais inutile de dire si une telle analyse est délicate, difficile, et si elle laisse prise à l'erreur.

Le diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès présente pour la pratique un intérêt de premier rang. Il y aura donc avantage, je pense, à en résumer les éléments dans un tableau d'ensemble.

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès.

	HERPÈS.	CHANCRE.
Trois signes majeurs, presque constants.....	1° Base souple, sans induration (sauf exceptions assez rares).	1° Base indurée, sous des formes diverses.
	2° Pas de retentissement ganglionnaire (sauf exceptions assez rares).	2° Adénopathie constante. — Adénopathie aphlegmasique, indolente, dure, souvent polyganglionnaire, et persistante.
	3° *Polycyclisme* et *microcyclisme* de contour (signe majeur).	3° Contour ne présentant jamais ni le polycyclisme ni le microcyclisme propres à l'herpès.
Signes éventuels.	1° Antécédents d'herpès.	1° »
	2° Préludes d'excitation locale (prurit, ardeur, douleurs névralgiformes).	2° Nul prélude douloureux.
	3° Éruption à éléments souvent multiples et épars.	3° Lésion le plus souvent unique, quelquefois multiple, mais discrètement multiple.
	4° Érosions en général très superficielles.	4° Lésion quelquefois aussi superficielle, mais en général moins superficielle que l'herpès.
	5° Érosions en général petites et parfois même miliaires.	5° Lésion en général d'étendue supérieure à celle de l'herpès.
	6° Parfois vésicules aberrantes, ou érosions aberrantes.	6° »
Signes d'évolution.....	1° Évolution hâtive ; cicatrisation rapide.	1° Évolution en général moins hâtive.
	2° Cicatrisation sans reliquat local.	2° Cicatrice restant doublée d'une induration persistante.
	3° Atténuation rapide de l'adénopathie symptomatique.	3° Persistance prolongée de l'adénopathie satellite.
Cause d'erreur..	Coïncidence possible du chancre et de l'herpès.	

B. — **Diagnostic du chancre dans sa forme ulcéreuse.** — Lorsqu'au lieu de rester érosif, le chancre se creuse quelque peu, s'exulcère ou s'ulcère véritablement, il court risque alors d'être confondu avec diverses lésions *ulcéreuses*, telles, par exemple, que le chancre simple, l'ecthyma scabieux de la verge, certaines syphilides ulcéreuses de modalité circonscrite, etc.

C'est surtout du chancre simple qu'il importe de le différencier.

I. Chancre simple. — Inutile de dire comme entrée en matière l'intérêt d'un tel diagnostic. Cet intérêt est majeur, capital. Un malade, en effet, qui est affecté d'un chancre simple en est quitte pour une lésion temporaire, toute locale, laquelle, une fois guérie, sera entièrement et définitivement guérie, laquelle n'infecte pas, ne crée pas de diathèse, ne réclame pas de traitement général et *ne comporte pas de conséquences d'avenir*. Un malade, au contraire, qui vient de contracter un chancre syphilitique inaugure une affection grave; il est empoisonné, infecté, *diathésé* ; il doit être pour longtemps soumis à un traitement sévère ; c'est un malade non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir. Or, le chancre étant l'exorde même de cette grande infection, on conçoit quel intérêt il y a pour le patient comme pour le médecin à ce que la nature de cet accident soit rigoureusement déterminée.

On a beaucoup exagéré les difficultés que comporte le diagnostic différentiel des deux chancres. Sans doute, il est des cas où ce diagnostic est assez délicat, en raison de circonstances diverses; sans doute il en est d'autres où, après mûr examen, il n'est permis de se prononcer qu'avec réserve ; et j'ajouterai même qu'il en est aussi où, par suite de conditions particulières, il peut y avoir impossibilité absolue de formuler un jugement immédiat sur la nature de la lésion. Mais, en somme, le nombre de ces cas difficiles, obscurs, complexes, est de beaucoup inférieur à celui des cas simples, évidents, faciles; et, tout compte fait, je me crois autorisé à dire que le diagnostic différentiel du chancre syphilitique et du chancre simple peut, en général, être assez aisément institué.

Quelles sont les bases de ce diagnostic?

Les caractères différentiels qui distinguent cliniquement (je dis cliniquement et non doctrinalement) les deux chancres peuvent être rangés, ce me semble, pour la facilité d'un exposé didactique, sous les cinq chefs suivants :

1° Nombre des lésions ;

2° Physionomie de la lésion;

3° État de base de la lésion ;

4° État des ganglions correspondants ;

5° Résultats fournis par le critérium expérimental, l'inoculation.

Étudions successivement chacun de ces points.

1° *Nombre des lésions.* — Très différent, en général, d'une espèce à l'autre.

Règle presque absolue, l'infection syphilitique primitive est *discrète* quant au nombre de ses accidents. Le plus souvent on ne rencontre qu'*un* chancre syphilitique. En existe-t-il plusieurs, le nombre en reste restreint; on en trouve alors 2, 3, 4 au plus, bien rarement davantage. Il est très exceptionnel, en tout cas, d'en constater 8, 10, 15, 20 et au delà.

Règle presque absolue, d'autre part, le chancre simple est *multiple*. C'est presque une rareté (plus spécialement encore chez la femme que chez l'homme) de ne rencontrer qu'un chancre simple; — en général, on en observe 2, 3, 4; — assez fréquemment aussi, 5, 6, 7, 8. A l'hôpital, c'est-à-dire sur des malades négligents ou non traités, on le voit parfois pulluler de singulière façon, jusqu'à s'élever à des chiffres de 10, 15, 20. Sans parler même de ces faits presque incroyables où, chez la femme, on a pu compter jusqu'à 40, 53, 65, 72 et 75 chancres simples (1).

En tout cas, on peut dire que, fréquemment, il existe entre le chancre syphilitique et le chancre simple une opposition telle à ce premier point de vue que la seule considération *numérique* de leurs lésions peut suffire à déterminer le diagnostic. Exemples : 1° Un malade se présente avec une seule lésion; il y a probabilité, de ce chef, pour qu'il s'agisse d'un chancre syphilitique et non d'un chancre simple; et, *à fortiori*, cette probabilité se changera-t-elle en quasi-certitude si cette lésion unique est restée unique *quoique non traitée*, c'est-à-dire si elle n'a pas déterminé autour d'elle, en dépit de l'absence de pansements, ces inoculations de voisinage que sème si habituellement le chancre simple à son pourtour. — 2° Inversement, un malade se présente avec 5, 10, 15, 20 lésions; de ce fait seul il résulte d'une façon presque certaine que ces lésions sont des chancres simples, le chancre syphilitique n'étant pas (sauf exceptions prodigieusement rares) susceptible d'une semblable confluence.

2° *Physionomie de la lésion.* — Ce qu'on appelle « physionomie de lésion » n'est que la résultante d'un certain nombre de signes, de même que la physionomie d'un individu est la résultante d'un certain nombre de traits, de caractères, de particularités objectives. Or, la physionomie du chancre simple est très différente de celle du chancre syphilitique, comme je vais l'établir.

Détaillons.

A. — Le chancre simple est un *ulcère*, dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire une plaie creuse et excavée; c'est une perte de substance dans les tissus, semblable à celle que ferait un emporte-pièce.

Le chancre syphilitique, au contraire, n'est qu'une *érosion*, bien

(1) Voir à ce sujet un très intéressant mémoire de mon distingué collègue et ami le Dr Barré (*Annales de dermat. et de syphil.*, 5e année, 1873-74).

plus souvent qu'une ulcération. Même dans sa forme ulcéreuse, il est généralement moins creux que le chancre simple.

B. — Le chancre simple est presque toujours remarquable par ses bords nettement entaillés, « entaillés au bistouri », découpés, faisant arête, quelquefois droits et perpendiculaires aux téguments.

Le chancre syphilitique, tout au contraire, *n'a pas de bords*, à proprement parler. Dans sa forme la plus usuelle, sa circonférence érosive se continue de plain-pied avec les tissus voisins; — dans son type cupuliforme, elle descend en pente douce vers le fond de l'ulcère ; — dans son type « en lampion », elle est exhaussée sur un bourrelet circonférenciel. — En tout cas, il ne présente jamais d'entaillure véritable, et sa circonférence est toujours *adhérente*, non décollée.

C. — Le *fond* du chancre simple se présente inégal de surface, irrégulier, comme déchiqueté, vermoulu, et « alvéolaire » (Ricord).

Celui du chancre syphilitique, au contraire, est uni, lisse, tellement lisse qu'en certains cas il paraît comme poli, verni, luisant, irisé.

D. — Le chancre simple s'accuse et se distingue en général du premier coup d'œil par sa *couleur* jaune, jaunâtre, jaune gris, d'un ton clair et animé.

Le chancre syphilitique, sans avoir de coloration spéciale, affecte le plus souvent telle ou telle des deux teintes suivantes : la teinte grise, diphthéroïde, de couleur « lard ranci » ; — ou, plus fréquemment, la fameuse teinte rouge « chair musculaire », qui lui est presque spéciale.

E. — Le premier suppure, et suppure même assez abondamment. Sa sécrétion est jaune, et constituée par du véritable pus. — De plus, ce pus contient un bacille spécial, dit *bacille de Ducrey*, qui paraît être l'agent pathogène du chancre simple.

Le second ne fait le plus habituellement que suinter, en proportions minimes, une sérosité séro-sanieuse plutôt que purulente, laquelle ne contient pas le bacille de Ducrey.

De part et d'autre la réunion des caractères objectifs que je viens de signaler constitue un ensemble qui donne à chacun des chancres une physionomie différente; différente à ce point que, pour un œil quelque peu habitué, le diagnostic se fait assez aisément, au moins dans la plupart des cas, par le seul aspect des lésions.

3° *État de base.* — La base du chancre simple est celle d'une plaie vulgaire; c'est dire qu'elle reste habituellement souple et molle.

Il n'est pas rare, toutefois, que les tissus qui entourent et sous-tendent ce chancre s'épaississent et s'engorgent pour une raison quelconque. Ils présentent alors aux doigts une certaine rénitence, une certaine dureté. Mais cette dureté n'offre pas d'autres caractères que ceux d'un engorgement inflammatoire ; c'est une dureté *pâteuse*, œdémateuse, rappelant celle, par exemple, de la base d'un

furoncle. De plus, c'est une dureté *diffuse*, étendue sur une certaine surface et non circonscrite exactement à la base, à l'assise même du chancre.

Avec le chancre syphilitique, au contraire, *base indurée*, indurée à des degrés divers et sous ces formes variées que j'ai décrites précédemment, à savoir : 1° induration en profondeur ou induration nodulaire, à calus sous-chancreux ; 2° induration en surface ou lamelleuse, comportant deux degrés : induration parcheminée et induration foliacée. — De plus, induration spéciale à deux titres : spéciale d'abord *par sa circonscription*, c'est-à-dire exactement limitée à la base même du chancre ou ne la débordant que de quelques millimètres, existant là où existe le chancre, mais cessant brusquement et sans transition là où le chancre n'est plus, sans se perdre par degrés dans les tissus voisins ; — induration spéciale encore par la sensation qu'elle fournit d'une rénitence propre, *sui generis*, rappelant la dureté sèche du carton, du parchemin, du cartilage, etc., et très différente en tout cas de la dureté pâteuse de l'inflammation ou de l'engorgement œdémateux (Ricord).

4° *État des ganglions.* — Caractère meilleur encore que tous ceux qui précèdent.

Avec le chancre syphilitique, adénopathie *constante*, nécessaire, « fatale ». — De plus, adénopathie de forme tout à fait spéciale, consistant en ceci : intumescence ganglionnaire moyenne comme développement, indolente, aphlegmasique, dure, et généralement polyganglionnaire (*pléiade*).

Avec le chancre simple, de deux choses l'une : ou bien *absence complète de tout retentissement ganglionnaire*; — ou bien *bubon mono-ganglionnaire*, et bubon *aigu*, inflammatoire, vivement inflammatoire le plus souvent, et susceptible par conséquent d'aboutir à suppuration; — parfois même bubon suppuratif d'emblée, alors qu'il contient en substance le pus chancreux résorbé (*bubon d'absorption* de Ricord), et se transformant après ouverture en un véritable *chancre ganglionnaire* (Ricord).

Que de différences, quel contraste entre ces deux adénopathies ! Aussi bien, de par *la seule considération de l'état des ganglions*, le clinicien peut-il, dans la plupart des cas, instituer le diagnostic différentiel du chancre sans même se préoccuper du chancre, sans même regarder la lésion. Et comment cela ? Très simplement, de la façon suivante :

Voici, je suppose, un malade affecté d'un chancre à la verge. Ce chancre, ne le regardons pas et même, pour n'avoir pas la tentation de le voir, jetons un voile sur les parties génitales. Mais portons notre examen sur les aines et cherchons à deviner, de par l'état des ganglions *seulement*, si c'est un chancre syphilitique ou un chancre simple dont le malade se trouve affecté.

Dans les aines, que pouvons-nous trouver? Trois états différents des ganglions, et rien que trois, à savoir : 1° ou bien aucun développement ganglionnaire; absence complète de toute adénopathie; — 2° ou bien un bubon aigu, inflammatoire ; — 3° ou bien, enfin, une adénopathie froide, indolente, aphlegmasique, à ganglions durs et généralement multiples.

Or, dans chacun de ces trois cas — les seuls possibles avec un chancre, je le répète, — l'état des ganglions a une signification précise qui atteste la nature du chancre et permet de diagnostiquer le chancre *sans le voir*. — De cela voici la preuve.

I. — Première alternative : rien dans les aines, absence de tout développement ganglionnaire. Que signifie cela ? Chancre simple *seul* possible; car il n'est que le chancre simple qui puisse exister sans adénopathie, tandis qu'avec le chancre syphilitique, au contraire, l'adénopathie est constante, fatale, ne fait jamais défaut.

Donc : pas de ganglions, chancre simple.

II. — Seconde alternative : Bubon aigu, inflammatoire. — Presque à coup sûr, l'existence d'un bubon aigu, nettement et franchement inflammatoire, accuse le *chancre simple* : — car l'adénopathie du chancre infectant est essentiellement aphlegmasique, froide, indolente; elle ne devient inflammatoire qu'au cas de complications surajoutées, et elle ne le devient guère plus d'une fois sur vingt.

Donc : bubon aigu, chancre simple.

III. — Troisième alternative : Adénopathie froide, indolente, aphlegmasique, à ganglions durs, mobiles, indépendants, multiples (pléiade). — Ici, la signification d'un tel bubon est plus précise encore. Un bubon de cet ordre accuse presque certainement, presque infailliblement, un *chancre syphilitique*, car il n'est que le chancre syphilitique qui s'accompagne d'une pléiade ; la pléiade n'existe pas pour le chancre simple.

Donc, dans toutes les hypothèses possibles, le diagnostic du chancre peut être déterminé par l'état des ganglions.

Cette expérience instructive, qui consiste à deviner ce qu'est un chancre *sans le voir*, je suis en mesure d'affirmer, pour l'avoir répétée des centaines de fois, qu'elle réussit bien souvent à déterminer *par elle seule* le diagnostic ; ce qui, une fois de plus, légitime ce que j'ai dit du bubon, à savoir qu'il constitue pour le diagnostic du chancre un meilleur signe que le chancre lui-même.

5° *Critérium expérimental, auto-inoculation.* — En dépit de tous les signes qui précèdent, reste-t-il un doute sur la qualité du chancre? L'inoculation se présente pour résoudre ce doute et faire la lumière.

Et, en effet, si la lésion à déterminer est un chancre simple, l'inoculation (si tant est qu'elle ait été pratiquée dans les conditions convenables) fournira à coup sûr, infailliblement, ce qu'on appelle la

pustule spécifique, et cela dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures en général, rarement plus tard. Déchirez cette pustule; au-dessous d'elle vous trouverez un chancre simple, un petit chancre simple, naissant, embryonnaire, mais dont les caractères cependant seront assez nettement accusés, dans la plupart des cas, pour ne pas laisser le moindre doute sur le résultat de l'expérience.

S'agit-il, au contraire, d'un chancre syphilitique. L'inoculation restera stérile; elle ne sera suivie d'aucun phénomène; elle sera, comme on dit en langage technique, *négative*.

Les résultats fournis par l'inoculation sont donc des plus catégoriques, des plus certains, et je dirai même des plus séduisants. On est tenté bien souvent d'avoir recours à la lancette pour éclairer des cas obscurs, pour apporter au diagnostic une lumière que lui refusent parfois les éléments cliniques. Eh bien, cependant, il convient en pratique d'être sobre de ce procédé expérimental, et voici pourquoi. C'est, d'abord, que le procédé déplaît fort aux malades et qu'on a quelque peine à le leur faire accepter. C'est, ensuite, qu'il comporte (bien rarement, il est vrai) des inconvénients, qui à la rigueur peuvent devenir des dangers. Que fait en somme l'inoculation, quand elle fait quelque chose? Un chancre, que l'expérimentateur ajoute au bagage morbide de son client. Or, ce chancre *expérimental* n'est en rien exempt des accidents possibles de tout chancre. Il peut s'étendre, s'enflammer, déterminer des lymphangites, des bubons, des érysipèles, etc.; il peut même (comme j'en ai vu deux cas, et cela entre les mains de maîtres de l'art, Ricord et Hardy) aboutir au phagédénisme (1).

Donc, comme je l'ai dit ailleurs (2), c'est un *devoir* pour le médecin de ne se résoudre à l'inoculation qu'aux conditions suivantes : 1° Si elle est *légitimée par un intérêt sérieux afférent au malade*; — 2° si elle est *acceptée du malade*, dûment averti de ce qu'on se propose de faire, de l'intention qu'on poursuit et des conséquences possibles de cette petite expérience.

Inutile d'ajouter que, l'inoculation faite, il faut la surveiller avec le plus grand soin; puis, si elle produit un chancre, sacrifier tout aussitôt ce chancre, le détruire, le tuer sur place *ab ovo* par une cautérisation énergique, sans lui permettre de se développer.

Tels sont, sans parler des considérations d'un autre ordre que j'ai déjà indiquées précédemment (incubation, confrontation), les éléments du diagnostic des deux chancres. Le tableau suivant en présentera le résumé.

(1) Voir art. PHAGÉDÉNISME du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, où j'ai cité plusieurs cas de ce genre.

(2) Voir art. INOCULATION, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et du chancre simple.

	CHANCRE SIMPLE.	CHANCRE SYPHILITIQUE.
I. Nombre des lésions	Presque toujours multiple, parfois même confluent.	Souvent unique, rarement multiple, jamais confluent.
II. Physionomie de l'ulcère	1° Ulcère vrai, creux, excavé.	1° Lésion simplement érosive, pour la grande majorité des cas; — rarement ulcéreuse.
	2° Bords entaillés, faisant arête.	2° Pas de bords entaillés; circonférence érosive se continuant de plain-pied avec les tissus sains.
	3° Fond inégal, vermoulu, alvéolaire.	3° Fond lisse, égal.
	4° Teinte jaunâtre, d'un ton clair, animé.	4° Teinte grise, diphthéroïde, ou bien teinte rouge (chair musculaire);
	5° Sécrétion abondante de pus véritable. — Présence, dans ce pus, du bacille de Ducrey.	5° Sécrétion minime, séro-sanieuse plutôt que purulente.
III. État de base.	Base molle, ou ne présentant qu'une rénitence inflammatoire diffuse.	Base indurée à des degrés divers.
IV. Ganglions	Pas de bubon, ou bubon inflammatoire (simple ou chancreux).	Bubon constant; — et bubon aphlegmasique, indolent, dur, souvent polyganglionnaire.
V. Critérium expérimental	Sécrétion inoculable au malade.	Sécrétion non inoculable au malade.

CRITÉRIUM DE DERNIER RESSORT : ÉVOLUTION MORBIDE. — Les divers signes que je viens d'énumérer et de discuter permettent, sinon absolument toujours, au moins presque toujours, d'instituer un diagnostic immédiat et sûr entre le chancre syphilitique et le chancre simple.

Cependant il est des cas qui font exception à cette règle et dans lesquels, même après examen et analyse de tous les attributs de la lésion, il est *impossible* de déterminer d'une façon certaine si cette lésion est un chancre syphilitique ou un chancre simple. On voit bien, on sent bien que c'est un chancre, mais quel chancre? Impossible, je répète le mot à dessein, de se prononcer.

Les cas de ce genre sont tous ceux où la lésion se présente avec des caractères vagues, frustes, mal accentués, au total insuffisants ; — où la physionomie de la plaie a été modifiée, altérée par divers topiques et, plus encore, par des cautérisations; — où l'adénopathie reste non significative en raison de complications ayant pu déterminer un certain degré de fluxion ganglionnaire ; — où le malade déclare (cas très fréquent) que les ganglions observés sur lui sont des ganglions « anciens, habituels » (« ganglions *du malade*, disait Ricord,

et non pas ganglions *de la maladie* ») ; — où l'inoculation est refusée par le malade, ou bien pratiquée tardivement, à une époque où la lésion présumée chancre simple peut avoir perdu sa virulence, etc., etc.

Dans les circonstances de ce genre, tous les signes venant à faire défaut, le diagnostic naturellement devient impossible, et il ne reste plus qu'à en appeler à l'*évolution ultérieure*.

En revanche, l'évolution ultérieure, c'est le voile levé sur le caractère de la lésion primitive. Cette lésion était-elle un chancre syphilitique, quelques semaines ne s'écouleront pas sans que des manifestations nouvelles viennent fixer le diagnostic. N'était-elle qu'un chancre simple, rien ne se produira à sa suite, et cette absence d'accidents consécutifs ne sera pas moins significative.

L'évolution ultérieure est, pour les cas douteux, le seul élément qui apporte la lumière. C'est aussi, pour les cas les plus clairs, pour *tous les cas* sans exception, le critérium absolu, formel, irrécusable auquel reste soumis le diagnostic initial.

Et j'ajouterai, à un autre point de vue : l'évolution ultérieure est un contrôle rigoureusement indispensable à certains diagnostics spéciaux, par exemple aux diagnostics de *médecine légale*.

Il est des cas (trop nombreux, hélas !) où la constatation du chancre est la base de débats judiciaires, voire d'imputations criminelles. C'est la base, par exemple, de ces procès si communs que soulève la transmission de la syphilis de nourrissons à nourrices ou de nourrices à nourrissons. C'est la base d'une foule d'enquêtes médico-légales dans les accusations de viol, d'attentat, de transmission de maladies vénériennes, etc. Or, le médecin qui, chargé d'expertises aussi délicates et aussi graves, aurait l'audace de diagnostiquer le chancre par le chancre *seul*, sans attendre de l'évolution ultérieure la consécration de son jugement, ce médecin commettrait, à mon sens, une imprudence des plus blâmables, ferait preuve d'une témérité qui ne pourrait avoir pour excuse qu'une ignorance inconsciente des maladies syphilitiques ; ce médecin, disons le mot, commettrait un *abus de science*, car il affirmerait ce qu'il n'a pas le droit d'affirmer.

Assez d'erreurs, en effet, assez de regrettables confusions sont déjà consignées dans nos annales pour que nous ayons le devoir d'être circonspects. Je n'en finirais pas si je voulais signaler toutes les méprises auxquelles a donné lieu le diagnostic du chancre syphilitique. Tantôt on a méconnu ce chancre alors qu'il existait réellement ; tantôt on a voulu le voir alors qu'il n'existait pas, et l'on a pris pour lui ce qui était un chancre simple ; — ce qui était un herpès ; — ce qui était une érosion inflammatoire, un traumatisme quelconque ; — ce qui était une fissure simple ; — ce qui était une fistule ou l'orifice induré d'un abcès vulvaire, péri-vulvaire, périanal, etc. ; — ce qui était un épithélioma ulcéré ; — ce qui était une lésion tuberculeuse de la bouche ; — ce qui était une scrofulide ; —

ce qui était une ulcération vulvaire de rougeole ; — ce qui était une érosion d'herpès vacciniforme du jeune âge ; etc., etc. Et toutes ces confusions n'ont pas été seulement commises par des médecins inattentifs, novices, inexpérimentés ; elles l'ont été, et plus d'une fois (je parle preuves en mains), par des cliniciens vigilants, instruits, experts, voire par des maîtres consommés en ce genre de diagnostics.

De telles erreurs sont des *leçons* dont il faut profiter, et je m'en autoriserai pour dire :

1° Que le diagnostic du chancre par le chancre expose à trop d'erreurs pour devoir être (n'importe d'où il vienne) accepté sans contrôle ;

2° Qu'il trouve son indispensable et irrécusable contrôle dans l'évolution ultérieure, c'est-à-dire dans les accidents généraux qui suivent le chancre à brève échéance.

Coexistence possible des deux chancres. — Pour mémoire seulement, je signalerai ici une difficulté diagnostique des plus exceptionnelles, à savoir la coexistence possible du chancre syphilitique et du chancre simple sur un même sujet.

En principe, cette coïncidence n'a rien de surprenant, rien d'extraordinaire. Deux ou trois contages différents peuvent bien affecter le même individu dans le même temps ; affaire de malechance. En fait, cette coïncidence est des plus rares, et ne s'observe guère que dans certains milieux où les rapports multiples sont professionnels. Elle est tout à fait exceptionnelle dans la clientèle de ville.

Elle se produit sous deux formes, à savoir :

1° *Coexistence des deux chancres en des points différents.* — Exemples : un malade de nos salles présentait à la fois un chancre syphilitique du fourreau et des chancres simples de la rainure glando-préputiale. — Sur une jeune malade de Lourcine, entrée à l'hôpital pour des chancres simples des grandes et des petites lèvres, nous avons vu éclore, quelques jours plus tard, un chancre syphilitique de la fourchette.

2° *Coexistence des deux chancres au même point.* — Infiniment plus rare encore, cette coïncidence réalise, si je puis ainsi parler, la fusion des deux chancres en une seule plaie, laquelle est tout à la fois un chancre syphilitique et un chancre simple.

Théoriquement, cet amalgame n'a rien que de très acceptable. Un chancre, en effet, quel qu'il soit, constitue une plaie, c'est-à-dire une porte d'entrée à l'absorption d'un contage quelconque. Et il est moins surprenant, certes, de voir un chancre s'inoculer sur un chancre que de voir (ce qui se produit chaque jour) un chancre s'inoculer sur des téguments sains.

Pratiquement, on a vu se réaliser cette association ou, si je puis ainsi parler, cette superposition des deux chancres dans une même

plaie. La clinique, d'abord, a constaté plusieurs fois l'inoculation du chancre syphilitique sur le chancre simple (*chancre simple syphilisé*), et, réciproquement, l'inoculation du chancre simple sur le chancre syphilitique (*chancre syphilitique chancrellisé*). D'autre part, expérimentalement, on a inoculé le pus du chancre simple sur le chancre syphilitique, et l'on a pu assister alors à la transformation *d'aspect* du chancre syphilitique en chancre simple. C'est-à-dire qu'on a vu le chancre syphilitique, tout en conservant son induration de base, s'ulcérer, se creuser, prendre un fond jaunâtre et des bords à pic, suppurer abondamment, etc., bref virer à la modalité objective du chancre simple.

La possibilité d'une véritable *greffe* d'un chancre sur un chancre d'une autre espèce est donc un fait démontré (1). C'est au produit de cette greffe, à cette sorte d'hybride qu'on a donné le nom (d'ailleurs fort impropre) de *chancre mixte*.

Reconnaître en pratique ces coïncidences et ces associations morbides est œuvre plus que laborieuse et délicate. Le diagnostic, en pareil cas, se fera à deux degrés, si je puis m'exprimer ainsi. C'est-à-dire que :

1° On commencera par *soupçonner* la coïncidence possible des deux chancres de par telle ou telle anomalie, telle ou telle association de symptômes discordants. Exemple : Réunion au même siège de lésions disparates, à savoir de lésions ayant les unes les caractères du chancre simple et les autres ceux du chancre syphilitique. — Ou bien, opposition de caractères dans une même lésion qui, je suppose, offre l'aspect d'un chancre simple avec la base et le bubon d'un chancre syphilitique.

2° Puis, le soupçon éveillé, on le confirmera par une comparaison minutieuse, méticuleuse, entre les diverses lésions coexistantes, comme par l'analyse de tous les caractères d'une même lésion.

Mais, en définitive, il ne sera permis d'aboutir à un diagnostic précis, formel, c'est-à-dire d'*affirmer* la coexistence des deux chancres, soit sous forme de lésions juxtaposées, soit surtout sous forme de chancre mixte, que par le concours combiné des deux éléments de contrôle que voici :

D'une part, l'*auto-inoculation*, nécessaire, indispensable, pour la démonstration du chancre simple ; — et, d'autre part, l'*évolution morbide*, non moins indispensable pour la démonstration du chancre syphilitique.

En dehors de ce double contrôle, pas de certitude pour des diagnostics aussi complexes.

(1) Consulter, à ce sujet, un remarquable travail du Dr L. Nodet, *Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancres et particulièrement sur le chancre mixte*. Montpellier, 1863.

II. — Ecthyma scabieux chancriforme (chancre scabieux). — Aucune lésion ne ressemble au chancre syphilitique d'une façon plus exacte et plus complète que ne le fait, en quelques occasions, l'ecthyma pénien de la gale. Cet ecthyma est parfois, dirai-je, la photographie du chancre ecthymateux de la verge. Il en affecte absolument l'allure, la physionomie, au point de mériter la qualification d'*ecthyma chancriforme* de la gale, voire celui de *chancre scabieux* (nom mauvais, à coup sûr, détestable même au point de vue d'une nomenclature nosologique, mais excellent au point de vue pratique, en ce qu'il a le mérite par lui-même de signaler à l'attention une grosse erreur à éviter).

La verge, on le sait, est un des foyers favoris de la gale, laquelle se prodigue là en lésions de tout ordre. Or, au nombre de ces lésions figure quelquefois une éruption pustuleuse (ecthyma) qui, en se desséchant, en se recouvrant d'un revêtement croûteux, réalise précisément la modalité chancriforme dont nous parlons.

Ce qu'on voit, somme toute, est ceci :

Sur le fourreau de la verge spécialement, quelquefois aussi sur le gland, une ou plusieurs (c'est-à-dire 2, 3, 4) lésions croûteuses bien délimitées, bien circonscrites ; — lésions orbiculaires, correctement orbiculaires même le plus souvent; — d'un diamètre variable entre celui d'une lentille et celui d'une pièce de 20 ou de 50 centimes; — à croûte mince et plate, adhérente, d'un brun foncé et presque noirâtre quelquefois.

Soulevez cette croûte, et au-dessous d'elle vous trouverez une surface excoriée de même diamètre ; — orbiculaire également ; — superficielle ou tout au plus sub-ulcéreuse; — unie et lisse de fond; — sans bords en arête ; — rouge ou rougeâtre ; — sans aréole inflammatoire ; — fournissant un léger suintement.

Et c'est tout.

Or, sous sa forme croûteuse, cet ecthyma scabieux est, je ne crains pas de le répéter, le portrait fidèle de ce qu'on appelle le chancre ecthymateux de la syphilis. — De même, sous sa forme excoriative, il reproduit à peu près aussi bien les caractères du chancre érosif. — Ajoutez à cela, comme compléments d'analogie, que parfois cette lésion scabieuse, sans doute sous l'influence d'un certain processus inflammatoire, présente une base plus ou moins rénitente, à doublure presque parcheminée ; — que souvent aussi (ce qui n'est pas rare dans la gale, et du fait même de la gale) les ganglions inguinaux se présentent plus ou moins tuméfiés. Alors, rien ne manque plus à la ressemblance des deux états morbides, et, de par tout un ensemble de caractères, l'ecthyma scabieux simule absolument le chancre syphilitique.

Il le simule, en effet, ou peut le simuler, si bien que des erreurs nombreuses ont été commises à son sujet. J'ai vu déjà, pour ma seule

part, plus d'une douzaine de malades exclusivement galeux, sur lesquels on avait, sans préjudice de la gale, diagnostiqué la vérole, et cela de par les lésions d'ecthyma scabieux qu'ils portaient à la verge, lésions qu'on avait bel et bien considérées comme des chancres syphilitiques.

Autre cas, plus démonstratif encore de l'identité objective parfaite qu'affecte quelquefois l'ecthyma scabieux avec le chancre syphilitique. Un malade, affecté d'une gale surintense, fut admis dans nos salles, il y a quelques mois. Sans parler de diverses manifestations classiques de gale, il présentait à la verge quatre lésions croûteuses, bien circonscrites, du genre de celles que je décrivais à l'instant. Ces quatre lésions (que l'on note bien ceci) étaient *absolument semblables entre elles*, et comme étendue, et comme caractères de croûtes, et comme couleur, et comme physionomie générale. Or, qu'arriva-t-il à la suite du traitement de la gale, qui fut pratiqué tout aussitôt ? C'est que trois desdites lésions s'évanouirent et disparurent comme par enchantement, à la façon dont disparaissent les manifestations de la gale après « la frotte » ; mais que l'une d'elles persista, s'élargit, s'ulcéra, bref, devint très manifestement un chancre irrécusable, un chancre typique, lequel fut suivi à normale échéance par l'explosion secondaire caractéristique. Donc, de ces quatre lésions, trois étaient des produits de la gale, tandis que la quatrième était un chancre ; or, cette dernière ressemblait tellement aux trois autres que nous n'avions eu aucun soupçon, que nous n'avions été invités par aucun indice, par aucun détail de l'ensemble objectif, à différencier celle-ci de ses voisines.

Il va sans dire que, dans les cas de cet ordre, l'erreur est plus que facile. Or, l'erreur en l'espèce peut se faire de deux façons : elle consiste ou bien, comme dans le cas précédent, à méconnaître le chancre, qu'on prend pour un ecthyma scabieux ; ou bien, ce qui est plus commun, à prendre l'ecthyma scabieux pour un chancre, ce qui est doter de la vérole un sujet qui ne l'a pas.

Comment se tenir en garde contre de telles méprises ? L'essentiel est de savoir que la gale peut produire des lésions chancriformes et de *se méfier*. Tout est là. Se méfiant, on analysera de près ces lésions, et, à défaut des caractères objectifs qui sont communs, on s'efforcera de trouver des éléments différentiels soit dans l'induration de base, soit dans l'adénopathie. D'une part, en effet, la base de l'ecthyma scabieux reste assez souvent souple, ou bien ne présente qu'un degré d'induration inférieur à celui de la véritable induration chancreuse. D'autre part, la gale ne retentit pas toujours sur les ganglions, ou bien ses adénopathies inguinales diffèrent plus ou moins de ce qu'est la pléiade satellite du chancre.

Ces derniers signes restent-ils équivoques, le diagnostic ne pourra plus être fixé que par l'évolution ultérieure. D'abord, le traitement

de la gale commencera à faire la lumière ; car, à la suite de ce traitement, les ecthymas scabieux, comme toutes les déterminations scabieuses, s'évanouissent et s'effacent avec une précipitation significative. Puis, finalement, l'explosion ou la non-explosion secondaire jugera la question en dernier ressort.

VARIÉTÉS DU CHANCRE.

Le chancre a des variétés cliniques innombrables. Et, en effet, si, prenant un à un ses divers attributs, nous nous posions à propos de chacun d'eux la question suivante : « Cet attribut est-il constant? » nous verrions que la plupart, presque tous, sont susceptibles de modifications diverses, peuvent se présenter atténués, amoindris, effacés, voire peuvent faire défaut. De là, forcément, des variétés infinies dans la physionomie du chancre.

De tous les signes cliniques du chancre, il n'en est guère que deux qui soient constants, ou peu s'en faut, à savoir : 1° le *processus érosif* ou *ulcéreux de surface* ; — 2° l'*induration*.

Pour le processus érosif ou ulcéreux de surface, on est autorisé à le dire constant. Toujours le chancre « fait plaie ». Il peut bien être sec à son origine, et pour un certain temps ; mais toujours, à un moment donné, il devient excoriatif. Il peut bien se dissimuler, se masquer sous une croûte. Mais enlevez cette croûte et vous trouverez sous elle le derme dénudé. Le chancre sec n'est donc qu'un mythe.

Quant à l'induration, plus de réserve est de rigueur. Certes, ce n'est que justice à lui rendre, elle constitue un des attributs les plus fidèles du chancre, les moins sujets à faire défaut. Mais, en définitive, a-t-on le droit de la dire constante? Non. En tant que signe clinique, en tant que signe utilisable pour le diagnostic, on ne saurait la donner pour constante, et cela pour deux raisons :

1° Parce qu'en certains cas elle n'est pas accessible au doigt, elle n'est pas perceptible, constatable. Peut-être bien, dans les cas en question, ne manque-t-elle pas à l'appel en tant que lésion ; mais, en tant que signe clinique, elle est comme si elle n'existait pas, ce qui est tout un pour le diagnostic. Impossible, par exemple, d'explorer la base de certains chancres situés d'une façon difficilement accessible ou même inaccessible au toucher (chancres du col utérin, chancres de l'anus, chancres de l'amygdale, etc.). Et de même pour quelques autres qui, toujours en raison de leur situation, sont malaisément saisissables. Tels sont les chancres de l'infundibulum vulvo-vaginal, de la fosse naviculaire, de l'anneau vaginal, qui, lorsqu'on veut les prendre, glissent, fuient sous les doigts, et se dérobent véritablement au palper.

2° Parce qu'en d'autres cas le néoplasme chancreux est si pauvre-

ment formulé, si réduit, si *fruste*, que véritablement on éprouve une réelle indécision à dire, même quand on le tient entre les doigts, si l'induration existe ou n'existe pas.

Mais, sous le bénéfice de ces réserves, l'induration (je le répète à dessein, parce que c'est là un des points de la syphiligraphie qui a donné lieu à d'incessants débats) peut être dite un *signe fidèle* du chancre, non moins qu'un de ses meilleurs signes. Combien sont rares les cas où ce signe fait défaut! J'ai fait trois statistiques à ce sujet, chacune portant sur 100 malades (hommes) affectés de chancre, et j'ai dûment constaté l'induration 98 fois dans la première, 96 fois dans la seconde, 99 fois dans la troisième. Est-il, en médecine commune, beaucoup de signes qui se présentent avec un pareil degré de fréquence ?

On a dit, il est vrai, que « l'induration chancreuse ne se produit pas chez la femme ou ne s'observe sur elle que d'une façon rare, presque exceptionnelle ». C'est là un préjugé, de paternité inconnue, auquel la clinique inflige un démenti formel. Pour avoir longuement étudié cette question, je suis autorisé à dire tout au contraire : que le chancre s'indure chez la femme comme chez l'homme; — que les chancres de siège commun aux deux sexes (chancres des lèvres, de la langue, de la face, des paupières, des doigts, des bras, des cuisses, du tronc, etc.) s'indurent de la même façon et au même degré chez la femme que chez l'homme ; — que les chancres spéciaux ou presque spéciaux de la femme (chancres du sein) présentent très fréquemment des indurations égales à celles qu'on observe sur d'autres sièges chez l'homme; — que les chancres génitaux de la femme, notamment ceux des grandes lèvres, du capuchon, du clitoris, de l'urèthre, présentent très communément de beaux types d'induration, absolument comparables et équivalents à ceux qu'on rencontre sur la verge, etc.

La seule différence qu'on observe d'un sexe à l'autre consiste en ceci : que les indurations nodulaires ou profondes sont moins fréquentes dans le sexe féminin que dans le nôtre, et que les indurations lamelleuses s'y rencontrent au contraire d'une façon plus habituelle (1). Mais à cela se bornent les différences d'un sexe à l'autre relativement à l'induration.

Au surplus — plaçons ici cette digression nécessaire — l'absence ou la non-constatation (c'est tout un, cliniquement) de l'induration dans le chancre syphilitique n'a plus de nos jours l'importance considérable qu'on lui accordait autrefois. Autrefois, alors que le chancre syphilitique et le chancre simple n'étaient pas encore abso-

(1) Je ne fais qu'esquisser et résumer ici cette question, que l'on trouvera longuement développée dans mon livre sur la *Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*. Paris, 2e édit., p. 89 et suiv.

lument séparés en tant qu'espèces morbides, on raisonnait de la façon suivante : « Un chancre qui n'est pas induré est un chancre *mou* ; — or, il est des chancres sans induration qui sont suivis de symptômes d'infection constitutionnelle ; — donc chancre mou et chancre induré ne sont que des variétés d'une seule et même espèce morbide, etc. ». Aujourd'hui, au contraire, c'est-à-dire à une époque où le chancre syphilitique et le chancre simple sont définitivement disjoints en tant qu'espèces pathologiques, nous n'accordons plus qu'une importance de second rang à l'absence possible de l'induration dans le chancre syphilitique; et, lorsque cette induration vient à faire cliniquement défaut dans un chancre que nous sommes autorisés d'autre part à considérer comme syphilitique, nous n'en concluons pas moins à la nature syphilitique de la lésion, sans songer à faire de ladite lésion un chancre simple sous prétexte que nous n'y constatons pas l'induration.

C'est qu'en effet — et que de débats n'a pas coûtés cette simple vérité ! — *ce n'est pas l'induration qui constitue le chancre*, pas plus que ce n'est la crépitation osseuse qui constitue la fracture. Ce n'est pas l'induration qui communique au chancre le caractère, la spécificité syphilitique ; c'est l'essence syphilitique du chancre qui imprime au chancre le caractère d'induration. En autres termes, l'induration ne fait pas la syphilis ; c'est au contraire la syphilis qui fait l'induration.

Car, en somme, qu'est-ce donc que l'induration ? Cliniquement, c'est *un signe*, et rien de plus. C'est, tout simplement, l'expression sensible du néoplasme syphilitique initial. Or, est-il beaucoup de signes en pathologie qui soient absolument constants et que l'on rencontre à coup sûr dans tous les cas d'une affection donnée? N'est-ce pas, au contraire, le sort commun de toutes les maladies de se présenter parfois à l'observation sous des formes plus ou moins incomplètes, voire sous des formes *frustes*, comme on les appelle ? La crépitation, par exemple, est-elle constante dans toutes les fractures ? Certes, non. Peut-elle manquer, manque-t-elle même souvent ? Certes, oui. — De même, toutes les pneumonies s'accusent-elles invariablement par le râle crépitant, leur signe essentiel, propre ? Pas davantage. — N'a-t-on pas signalé de même, dans bon nombre de maladies, l'absence possible de certains de leurs symptômes les plus importants et les plus habituels, des taches lenticulaires dans la fièvre typhoïde, des vomissements et de la céphalée dans les tumeurs cérébrales, de la fièvre dans les affections le plus communément fébriles, de la diarrhée dans le choléra, etc. ? N'a-t-on pas même parlé de fièvres éruptives sans éruption? Et ainsi de cent autres exemples qu'il serait superflu de rappeler ici.

Résumons-nous donc en disant :

Le chancre n'est pas syphilitique parce qu'il est induré ; il est induré,

au contraire, *parce qu'il est syphilitique.* — Et il peut être syphilitique *sans induration* comme il le serait en l'absence de tout autre de ses caractères habituels.

D'ailleurs, cette variété du chancre fruste par absence d'induration cliniquement constatable ne constitue, je le répète, qu'un fait des plus rares; et bien autrement importantes sont les autres variétés qui vont suivre.

I. — **Variétés de nombre.** — A ce sujet, trois points à établir.

I. — Le premier et le plus important consiste en ceci : *Le plus habituellement, et de beaucoup, l'infection se traduit par un seul accident, par un chancre unique.* — Ricord avait dit de vieille date : « C'est le propre du chancre induré d'être le plus habituellement *solitaire.* » Les statistiques depuis lors ont confirmé cette parole du maître. Voici la mienne, d'après mes observations de ville :

I. Malades (hommes) affectés de *chancres génitaux*....		9110 cas.
Chancre unique.....	7386 cas.	
Chancres multiples.....	1724 —	
Total.....	9110 cas.	
II. Malades (hommes et femmes) affectés de *chancres extra-génitaux*.....		644 cas.
Chancre unique.....	621 cas.	
Chancres multiples.....	23 —	
Total.....	644 cas.	

C'est-à-dire :

1° Aux régions génitales, chancre unique au moins quatre fois plus fréquent que les chancres multiples ;

2° En dehors des régions génitales, chancre unique vingt-sept fois plus fréquent que les chancres multiples.

Additionnant ces deux termes, nous trouvons en somme que le chancre unique est *plus de cinq fois plus fréquent* que les chancres multiples.

II. — Quand le chancre syphilitique est multiple, il est toujours, si je puis ainsi parler, *discrètement multiple.* En autres termes, quand on rencontre plusieurs chancres syphilitiques, on en rencontre le plus souvent deux ; — bien plus rarement, trois ; — bien plus rarement encore, quatre ; — exceptionnellement, davantage.

Cela ressort en toute évidence de toutes les statistiques, notamment de la suivante, déduite de mes relevés personnels :

Deux chancres.....	824 cas.
Trois —	274 —
Quatre —	60 —
Cinq —	27
Six —	6 —
Sept —	5 —
Huit —	3 —

En sorte que la fréquence des chancres multiples est en raison inverse de leur multiplicité même.

III. — Exceptionnellement, enfin, l'infection syphilitique peut se traduire sous une *forme confluente*. Il est des cas très authentiques où l'on a observé, comme produit d'une contamination spécifique, dix, douze, quinze chancres. Ainsi, Ricord a relaté le cas d'un de ses malades qui présentait à la verge et sur le scrotum *dix-neuf chancres* bien comptés (1). Une femme de mon service, infectée par un nourrisson syphilitique, portait *vingt-trois chancres* sur les seins, à savoir sept sur le gauche et seize sur le droit (2). — S'il est bon pour la pratique d'être prévenu de la possibilité de tels faits, il ne convient pas moins de ne les prendre que pour ce qu'ils sont, à savoir des raretés, des curiosités extraordinaires.

Détail curieux : La gale sert souvent d'origine aux chancres multiples de la verge ; ou, en autres termes, il n'est pas rare, dans les cas de chancres multiples de la verge, de rencontrer la gale dans les antécédents de contagion. Rien d'étonnant à cela, car on sait que la verge est, par excellence, un foyer d'élection pour la gale qui la crible de lésions diverses (papules, papules excoriées, vésicules, pustules, sillons, érosions de grattage, etc.). Or, toutes ces lésions à épiderme exfolié ou malade sont autant de *portes d'entrée* pour le contage syphilitique et se laissent facilement inoculer par lui.

Inutile d'ajouter que semblable condition n'existe pas pour la femme, puisque, chez elle, la gale n'a pas de foyer génital.

II. — **Variétés d'étendue.** — Il se peut que le chancre excède les limites moyennes que nous lui avons assignées, comme aussi qu'il reste en deçà.

Dans le premier cas, on a affaire à ce qu'on appelle de *grands chancres*, lesquels sont susceptibles de formes variées : chancres orbiculaires, comparables à une pièce d'un franc, de deux francs, voire (bien plus rarement) de cinq francs ; chancres ovalaires, elliptiques, allongés, etc. Certains chancres contournent la moitié ou même les deux tiers de la rainure glando-préputiale ; d'autres couvrent toute une grande lèvre ; d'autres, allongés en gousse de légumineuse, suivent le trajet du pli génito-crural, etc.

Inversement, il est de *petits chancres*, ne dépassant guère l'étendue d'un ongle d'enfant, d'une lentille. Il en est même de tout à fait minimes (*chancres nains*). — J'ai traité récemment un malade d'un chancre fissuraire du frein qui n'a jamais dépassé l'étendue d'un pépin de poire. — Un autre chancre, que j'ai observé *ab ovo ad finem*

(1) Voir *Leçons sur le chancre*, 2e édit., p. 121.

(2) La reproduction de ce cas extraordinaire est conservée au musée de l'hôpital St-Louis, coll. Fournier, pièce n° 275. — Observation publiée dans les *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôp.*, 1878.

sur une jeune femme, n'a pas dépassé, même à sa période adulte, 6 millimètres comme grand axe, sur 3 à 4 transversalement. (Soit dit incidemment, ce chancre a été l'origine d'une syphilis grave; cela à l'adresse d'une certaine doctrine dont nous parlerons plus tard et dont la prétention est de mesurer la gravité de la syphilis sur le patron de son accident originel.)

Il est certain que ces petits chancres sont d'observation plus commune chez la femme que chez l'homme ; mais la raison de ce fait nous échappe absolument.

III. — **Variétés de forme objective.** — Celles-ci sont extrêmement nombreuses. Les plus importantes procèdent de la constitution anatomique et de la coloration du chancre.

A. — Au point de vue de sa constitution anatomique, les différences multiples que présente le chancre peuvent se ranger sous les cinq chefs suivants :

1° *Chancre érosif*, qui consiste simplement en une desquamation épidermique ou épithéliale, laquelle se borne à dénuder le derme sans l'entamer.

2° *Chancre exulcéreux*, qui attaque superficiellement le derme, mais qui l'effleure plutôt qu'il ne l'entame.

3° *Chancre ulcéreux*, plus creux, plus excavé que les précédents. Il fait ou paraît faire ulcère. Je m'explique.

Certes, le chancre entame véritablement le derme en quelques cas. Mais, bien plus souvent, il ne fait ulcère qu'aux dépens de son tissu propre, de son néoplasme d'induration, et non pas des tissus physiologiques. En l'examinant avec attention, on voit que son entamure, quelquefois assez creuse, porte exclusivement sur le noyau néoplasique qui sous-tend l'ulcération, sans attaquer les parties sous-jacentes. Il est, si je puis ainsi dire, *auto-ulcéreux* ; il se corrode, il se ronge lui-même. Et la preuve, c'est que, dans la plupart des cas de cet ordre, il ne laisse à sa suite qu'une cicatrice peu déprimée, superficielle, presque insignifiante ; n'en serait-il pas tout autrement si, au lieu de n'affecter qu'un tissu morbide, il ulcérait et détruisait le derme ?

4° *Chancre papuleux*. — C'est le chancre exhaussé en forme de mamelon, à surface faisant plateau.

Fréquemment le chancre prend cet aspect à une étape moyenne ou terminale de son évolution. On le voit alors proéminer, s'élever, s'exhausser, jusqu'à faire un relief de 2, 3, 4 millimètres au-dessus des parties saines. Il ressemble alors tout à fait, comme forme générale, à une *pastille*, en simulant au plus haut degré une variété de lésion secondaire que plus tard nous aurons à décrire sous les noms de papule secondaire ou de syphilide papulo-érosive. Aussi bien, sous cette forme, est-il fréquemment confondu avec cette dernière lésion.

5° *Chancre hypertrophique.* — Dans cette variété le chancre syphilitique ne donne plus, au premier coup d'œil, l'impression d'un chancre, mais bien celle d'une tumeur ulcérative. C'est véritablement, alors, une sorte de *chancre-tumeur*, constitué par une large et grosse tubérosité saillante, que surmonte une ulcération de mauvaise mine. Détaillons.

Ce qu'on voit est ceci : D'une part, une tumeur tégumentaire, mesurant comme base l'étendue d'une pièce d'un franc ou même de cinq francs, faisant un fort relief (de 3 à 5, 6, 8 millimètres) au-dessus des tissus sains, régulièrement ou irrégulièrement arrondie de contour, dure et parfois extrêmement dure, jusqu'à donner aux doigts une sensation ligneuse ou cancroïdienne ; — et, d'autre part, couronnant cette tumeur, une ulcération d'étendue proportionnelle, entamant ou semblant entamer plus ou moins les tissus, rouge ou violacée, livide, ichoreuse, au total de mauvais aspect.

Si bien qu'une telle physionomie ne manque guère de tromper au premier moment. Impossible, d'après elle, de suspecter un chancre ; impossible de ne pas croire qu'on a affaire à une tumeur quelconque, voire à une tumeur maligne, à un épithélioma en voie d'ulcération. Ce n'est que par un examen complet de la lésion et du malade que cette première impression peut être redressée, rectifiée. Et elle ne l'est pas toujours. Car l'expérience apprend que plusieurs fois des chancres de cet ordre ont été définitivement considérés comme épithéliomas et traités comme tels. J'ai dans mes notes de ville deux observations relatives à des chancres hypertrophiques de la face qui ont été enlevés par des chirurgiens cependant très instruits. Une opération chirurgicale avait été de même proposée à la malade dont la lésion (chancre hypertrophique de la joue) se trouve reproduite sur un moulage déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis (pièce n° 405), et qui guérit par les seuls secours du traitement médical.

On remarque au même musée (1) un spécimen presque exagéré de cette modalité hypertrophique, sous forme de deux chancres du menton, plus larges chacun qu'une pièce de cinq francs, ulcéreux de surface, et surtout très fortement surélevés, comme le seraient des tumeurs, au-dessus des téguments voisins. L'isthme cutané qui les sépare dessine une crête saillante, dont le relief ne paraît pas inférieur à 2 centimètres !

Le chancre hypertrophique a été signalé sur des points divers. Mais, à coup sûr, il a un siège de prédilection par excellence, à savoir le *visage*, notamment au niveau des joues, du menton, de la narine (2), etc.

B. — La *couleur* du chancre, qui naturellement constitue un des

(1) Coll. gén., pièce n° 256, déposée par M. le Dr Trélat.

(2) Voir également au même musée un *chancre hypertrophique* de la narine (pièce n° 286).

traits principaux de sa physionomie, est susceptible de variétés nombreuses. Ainsi :

1° Assez souvent le chancre est simplement rouge, et d'un rouge banal, analogue à celui d'une plaie vulgaire. — D'autres fois, surtout alors qu'il languit, qu'il traîne quelque peu en longueur, il est d'un rose atone. — D'autres fois il est d'un jaune rosé ou bien d'un jaune paille, comme on peut en voir quelques spécimens à notre musée.

2° En d'autres cas, on le trouve *bicolore*. Généralement alors il présente, d'une part, à sa circonférence une zone étroite d'un rouge plus ou moins foncé, et, d'autre part, un disque central grisâtre. Cette forme est assez commune.

3° Signalons aussi le chancre dit *en cocarde*, constitué par une triple série de zones concentriques de couleurs différentes, à savoir : un noyau central de couleur foncée, rouge ; — une zone médiane de teinte jaunâtre ; — et une zone excentrique en forme de liséré rouge (1).

4° La grossesse — et surtout la grossesse avancée, avec veinosité de la région vulvaire — ne laisse pas d'imprimer au chancre des modifications toutes spéciales ; elle le rend livide, brunâtre, et parfois même très exactement *violet*, d'un violet noir qui rappelle tout à fait le ton de cette belle fleur de nos jardins qu'on appelle vulgairement la *pensée*.

5° Enfin, la coloration du chancre peut être artificiellement altérée par divers topiques. On voit parfois à nos consultations des chancres littéralement tatoués, soit en blanc par des sels de plomb, soit en bleu par des sels de cuivre, etc.

IV. — **Variétés de siège.** — Il va sans dire que les conditions de siège sont de nature à influer puissamment sur les caractères objectifs et la physionomie générale du chancre.

De là deux questions à étudier : 1° Quelles localisations affecte usuellement ou peut éventuellement affecter le chancre ? — 2° Quelles modifications impriment au chancre ces localisations diverses ?

1. *Première question* : **Siège du chancre.** — La contagion pouvant se porter partout, une induction légitime fait prévoir que le chancre, expression locale de cette contagion, doit la suivre *partout*. C'est, en effet, ce qui a lieu.

Le chancre a été rencontré sur les départements du corps les plus divers. Pour ma seule part, je puis dire l'avoir rencontré partout, à l'exception d'une seule région, la région plantaire (où sans doute on le signalera quelque jour, étant donnée l'habitude déplorable qu'ont nos malades de marcher pieds nus dans nos salles d'hôpital ou de consultation, dont le sol risque fort d'être souillé par les crachats, les objets de pansement, le pus, etc.).

(1) La pièce n° 676 (Coll. gén. du musée de St-Louis) est un beau spécimen du genre.

On l'a même rencontré, comme le montreront les statistiques qui vont suivre, sur des régions où sa présence paraît extraordinaire et n'est explicable que par des aberrations érotiques inimaginables ou par le hasard aveugle de contagions médiates.

Mais, de même que la contagion ne se porte pas partout avec une égale fréquence, de même le chancre qui la traduit *in situ* n'est pas également commun sur toutes les régions du corps. Très fréquent en certains sièges, il devient naturellement plus rare sur d'autres, comme aussi tout à fait exceptionnel sur certains points.

Apprécier ces divers degrés de fréquence du chancre suivant les régions est œuvre de statistique; laissons donc parler la statistique.

Voici ce que m'a appris mon observation personnelle dans la clientèle privée, pour trente-six années de pratique.

Siège du chancre.		*Hommes.*	*Femmes.*	*Total*
Organes génitaux		9110	246	9356
Bouche	Lèvres	258	70	328
	Langue	47	6	53
	Gencives	8	1	9
	Joue	1		1
	Palais et voile du palais	4		4
	Amygdales	35	5	40
	Pharynx	1		1
Visage	Front	2		2
	Joues et région parotidienne	7	2	9
	Nez et pituitaire	4	1	5
	Menton	19	5	24
	Paupières et conjonctive	6	1	7
Cuir chevelu			2	2
Cou		2	1	3
Thorax	Région antérieure	1		1
	— dorsale			
	Seins	3	16	19
	Aisselle	1		1
Épaule		1		1
Membre supérieur	Bras	5	4	9
	Avant-bras	1		1
	Main	39	7	46
Abdomen		16		16
Aine		3		3
Fesses et région interfessière		4		4
Anus		21	12	33
Région péri-anale ; périnée		16	3	19
Membre inférieur	Cuisse	4	4	8
	Jambe		1	1
	Total	9619	387	10006

De ces chiffres dérivent plusieurs enseignements majeurs ; — à savoir que :

1° *Les chancres des organes génitaux sont les plus communs de tous*, et cela dans une proportion considérable, énorme : 9.356 sur 10.000, c'est-à-dire plus de 93 p. 100.

Donc, la syphilis est d'origine génitale plus de neuf fois sur dix.

2° *Au second rang par ordre de fréquence, mais à longue et très longue distance, se rangent les chancres de la bouche* (chancres des lèvres, de la langue, des gencives, des joues, du palais, du voile du palais et des amygdales). On en compte 435 sur 10.000, c'est-à-dire 4 à 5 p. 100 (exactement : 4,3).

3° Viennent ensuite au troisième rang, mais à une distance considérable, trois ordres de chancres qui figurent, dans cette somme de 10.000 chancres, pour des chiffres de 52 à 46, à savoir : *chancres de l'anus et de la région péri-anale* ; — *chancres du visage* ; — *chancres de la main*. — Leur proportion de fréquence par rapport aux deux groupes précédents est minime, à savoir 0,5 p. 100.

4° Au quatrième rang prennent place, pour des chiffres encore inférieurs, deux groupes de chancres (*chancres de l'abdomen* et *chancres du sein*). Ceux-ci ne doivent leur supériorité de fréquence par rapport aux suivants qu'à deux raisons spéciales : proximité des organes génitaux pour les premiers, et allaitement pour les seconds.

5° Puis, viennent au dernier rang, et pour des chiffres tout à fait insignifiants, des *chancres de toutes régions* (chancres du cuir chevelu, du cou, du thorax, de l'aisselle, des bras, des avant-bras, de la cuisse, de la jambe, etc.).

Mais, pour n'être qu'exceptionnels, ces derniers n'en comportent pas moins un intérêt de premier ordre. Ils démontrent, d'abord, un fait : c'est que le contage syphilitique *peut atteindre tous les points du corps*, sans exception, peut se porter partout et pénétrer partout. Bien vrai donc est le mot de Ricord : « Le chancre est une graine bonne pour tous les terrains, une graine capable de germer n'importe où le hasard la dépose ». — En second lieu, de ces chancres à siège insolite, extraordinaire, résulte un enseignement : c'est qu'étant donnée une syphilis dont l'accident initial n'est pas accusé par le malade, il ne faut pas se contenter d'explorer les seules régions où cet accident a coutume de se localiser le plus souvent, c'est-à-dire les régions génitales et péri-génitales. Si l'on ne trouve pas le chancre sur lesdites régions, il faut le chercher ailleurs, puis ailleurs encore, puis *partout, n'importe où*, car il peut être là où malade et médecin soupçonneraient le moins sa présence.

Comment, en effet, soupçonner *à priori* qu'un chancre puisse aller se loger sur le cuir chevelu, à l'épaule, à l'aisselle, au coude, à l'avant-bras, sur la région du grand trochanter, sur le mollet, etc., etc. ? Eh bien, on a observé des chancres, de véritables chancres sur toutes ces régions. *Tout est possible en fait de localisation du chancre*, car le transport du contage peut être réalisé par les circonstances les plus

bizarres, par les conditions les plus insolites, les plus imprévues. De cela les exemples à produire seraient innombrables. J'en citerai quelques-uns seulement, à titre de spécimens.

Un jeune homme est mordu à l'oreille dans une rixe, et, sur le siège même de la morsure, éclot un chancre quelques semaines plus tard. Pourquoi ? Parce que l'agresseur portait, au moment de la dispute, des plaques muqueuses à la bouche.

Un malade de nos salles présentait un chancre typique au niveau de la région du grand trochanter. Comment expliquer la présence d'un chancre en un tel point? Enquête laborieusement faite, nous apprîmes ceci : Notre malade, par raison d'économie, partageait son lit avec un camarade, lequel était affecté d'un chancre au sommet du gland, chancre qu'il laissait sans pansement. Or, le lit étant, paraît-il, assez étroit, il arrivait souvent que la verge de l'ami, couché sur le côté, touchait la cuisse de notre malade.

Une de mes clientes de la ville a été affectée au niveau du mollet d'un chancre syphilitique dont j'ai pu découvrir l'origine et la filiation. Dans un dîner folâtre, une bouteille de champagne lancée à terre vint faire explosion aux pieds de ladite dame. Il en résulta une petite éraillure au mollet. Mais la dame jetant les hauts cris et craignant qu'un éclat de verre ne fût resté dans la peau, un des convives se mit à exercer « pendant dix minutes » une forte succion sur la plaie. Malheureusement cette ventouse labiale, loin d'être immaculée, se trouvait couverte de plaques muqueuses à cette époque, et transmit ce qu'elle devait transmettre.

6° On peut avancer, sans crainte de s'éloigner sensiblement de la réalité des choses, que, *chez l'homme*, la relation numérique de fréquence entre les chancres génitaux et les chancres situés en dehors des organes génitaux est environ de 94 à 6.

C'est-à-dire que, *sur* 100 *hommes affectés de chancre, il en est* 94 *qui présentent leurs chancres aux organes génitaux, contre* 6 *dont les chancres occupent d'autres sièges.*

Chez la femme, cette relation numérique est-elle la même? Non certes, et nous sommes même autorisés à la dire très différente. De par l'observation courante comme de par toutes les statistiques, il est certain que, *chez la femme, le nombre des chancres extra-génitaux est infiniment plus considérable que chez l'homme.* Mais ce nombre est impossible à déterminer rigoureusement, étant données les *causes d'erreur* multiples et de divers ordres qui se rattachent à une telle évaluation. Toute appréciation numérique sur ce point doit encore être réservée.

7° En définitive, quant à leur localisation, les chancres syphilitiques peuvent être divisés en trois groupes, de la façon suivante :

1. Chancres *génitaux*, que leur dénomination définit d'elle-même;

2. Chancres *péri-génitaux*, c'est-à-dire situés au voisinage des régions sexuelles;

3. Chancres *extra-génitaux*, siégeant tout à fait en dehors et loin de ces mêmes régions.

Et la fréquence relative de ces trois ordres de chancres peut être (approximativement, bien entendu) évaluée comme il suit :

	Pour 10.000 cas.	Soit, en chiffres ronds.
Chancres génitaux.....	9356	93 p. 100
Chancres péri-génitaux.....	77	0,67 —
Chancres extra-génitaux.....	576	6,33 —

8° Dernière remarque, et celle-ci non moins importante, puisqu'elle intéresse la prophylaxie.

Pour le chancre syphilitique, les chiffres qui précèdent mettent en pleine évidence ce fait majeur : que, chez l'homme comme chez la femme, il a *deux foyers principaux*, sans doute fort inégaux de l'un à l'autre, mais infiniment supérieurs numériquement à tous les autres foyers, à savoir :

1. Un *foyer génital* (9.356 chancres sur 10.000) ;

2. Un *foyer buccal* (435 chancres sur 10.000).

Ce résultat de l'observation clinique ne doit pas être perdu. Il implique qu'au point de vue de la *prophylaxie* la vigilance médicale doit surtout et avant tout viser ces deux foyers. A ne parler que du chancre pour l'instant, la contagion qui procède du chancre a pour points de départ, sinon exclusivement, au moins pour l'énorme majorité des cas, soit les organes génitaux, soit la bouche. C'est donc là qu'il faut surtout la surveiller, la rechercher, la poursuivre; et nous aurons à tirer parti plus tard de cet enseignement.

II. — Seconde question : *Quelles modifications résultent pour le chancre des variétés de localisation?*

La condition de *siège* est une de celles qui modifient le plus activement l'aspect, la physionomie du chancre.

Comme confirmation de cette vérité on ne saurait trouver d'exemple plus probant que les différences profondes qui interviennent entre le chancre des téguments cutanés et le chancre des muqueuses. J'en parlerai tout d'abord.

Chancre des muqueuses ; — chancre de la peau. — Le *chancre des muqueuses* se présente toujours sous forme de ce qu'on appelle une plaie, c'est-à-dire sous l'aspect d'une lésion mettant à nu le derme, d'une érosion ou d'une ulcération *à découvert*.

Cette plaie n'est jamais revêtue, masquée par un exsudat croûteux. Et cela se conçoit; car, sur une muqueuse, tout exsudat qui serait de nature à former une croûte est incessamment dilué et balayé par la sécrétion propre à la membrane. Pas de formation possible de

croûtes dans la bouche, dans la gorge, sur la conjonctive, sur le col utérin, etc.

Le *chancre de la peau*, tout au contraire, revêt très fréquemment la *forme croûteuse*, et cela parce que la formation d'une croûte est possible sur le tégument cutané, etc.

Là, un exsudat concrescible trouve toutes conditions propices à sa solidification et peut se transformer en croûte. Et alors, une fois cette incrustation réalisée, c'en est fait objectivement du chancre en tant que lésion à surface érosive ou ulcéreuse. Le chancre *n'est plus une plaie*, à le juger du moins par ce qu'on en voit; il devient *une croûte*, et rien autre ; — croûte isolée et bien circonscrite; — large en moyenne comme une amande, comme une pièce de vingt ou de cinquante centimes; — habituellement brunâtre ou brune, quelquefois noirâtre; — tantôt assez mince et presque foliacée, tantôt un peu épaisse et alors plus ou moins inégale de surface; — assez adhérente en général; toutefois se laissant facilement soulever par l'ongle, ou se détachant en quelques heures sous l'influence d'onctions graisseuses, de cataplasmes, de bains, etc., mais pour se reproduire à brève échéance.

Bien entendu, cette croûte n'est qu'un masque à la surface du chancre. Détachée, elle laisse à nu le chancre, qui apparaît tout aussitôt avec sa physionomie propre et ses caractères habituels. Mais toujours est-il qu'avant sa chute elle représente le chancre sous une modalité objective absolument différente de ce qu'est le *facies* usuel de cet accident.

Le chancre encroûté ne ressemble donc en rien au type que nous avons décrit jusqu'alors. Bien au contraire, il ressemble à toute lésion croûteuse, telle qu'ecthyma, eczéma, herpès, impétigo, etc. Aussi, sous cette apparence trompeuse, est-il par excellence *matière à méprise*, et les erreurs pullulent à son sujet. Que de chancres croûteux ou croûtelleux des lèvres ont été pris pour des herpès ou des impétigos! Que de chancres du sein ont été considérés comme des eczémas! Un large chancre croûteux de l'abdomen nous a été adressé ici récemment avec l'étiquette d'eczéma impétigineux. Un chancre croûteux du bout du nez a d'abord été diagnostiqué « engelure », puis, plus tard, ecthyma (cas du Dr Hanot). Et ainsi de suite.

Le chancre qui affecte cette forme spéciale est généralement dit *chancre ecthymateux*. Mauvaise dénomination, en ce qu'elle semble supposer pour lui ce qui est vrai pour l'ecthyma, à savoir un début pustuleux. Or, le chancre croûteux n'est jamais pustuleux à son origine; il est ce qu'est tout chancre et ne s'encroûte que par la concrescence d'une exsudation qui se fait à sa surface sans production de la moindre pustule. Bien mieux vaudrait donc, à mon sens, l'appeler simplement *chancre croûteux*, dénomination qui aurait l'avantage de spécifier un aspect objectif sans rien préjuger du mode initial de constitution.

Cette forme croûteuse du chancre se rencontre sur tous les points du département cutané. On l'observe surtout sur le fourreau de la verge, aux lèvres, au visage, au sein, sur le tronc et sur les membres. — Pour le dire par avance, le chancre vaccinal est presque invariablement un chancre croûteux.

Particularités de localisation. — Mais ce sont surtout les particularités de *localisation* qui constituent pour le chancre des variétés multiples comme physionomie.

Quelques-unes de ces variétés sont essentielles à connaître pour la pratique, et cela dans l'un et l'autre sexe. Je les spécifierai sommairement.

I. — VARIÉTÉS DU CHANCRE CHEZ L'HOMME.

I. — **Chancres du gland et de la rainure glando-préputiale.** — Sur une toute petite surface, telle que le gland, le chancre change absolument d'aspect suivant les points où il se produit. Ainsi :

Sur la surface même du gland, le chancre ne se présente guère que sous la forme d'une lésion plate, à induration exclusivement *lamelleuse*, étalée en « carte de visite ». Souvent même, dans sa forme érosive, il n'est doublé que d'une lamelle extrêmement fine, aussi fine qu'une feuille de papier (induration dite papyracée). En tout cas, presque jamais il ne constitue là de ces grosses indurations globuleuses en noyaux pisiformes, en demi-noisettes, qui représentent la variété nodulaire du néoplasme primitif.

Eh bien, tout au contraire, la rainure du gland est par excellence le siège favori des *grosses indurations*, des indurations massives, globuleuses, exubérantes, qui se projettent hors des téguments sous forme de mamelons, de crêtes, de soulèvements constitués par d'épais exsudats d'une dureté cartilagineuse. Il n'est pas rare, disons mieux, il est fréquent de rencontrer dans cette région des noyaux d'induration comparables à un grain de cassis, à une groseille, à la moitié d'une noisette. Souvent même, plus développées encore, ces indurations prennent en ce point les proportions d'une olive, d'un noyau d'abricot, d'un pruneau, voire d'une datte. Ce sont alors comme de véritables *tumeurs* enchâssées dans la rainure.

Au reste, le développement d'indurations notablement accentuées au niveau de la rainure glando-préputiale n'est pas un privilège du chancre syphilitique. Toute lésion qui se produit là, chancre simple, herpès, éraillure traumatique, érosion inflammatoire, ne manque guère de se doubler d'une rénitence de base plus ou moins marquée, souvent même d'une dureté véritable qui rappelle celle du chancre syphilitique. La plus légère cautérisation pratiquée sur ce point est

suivie dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures d'une induration semblable à celle du chancre syphilitique. A quoi cela tient-il? Vraisemblablement à l'excessive richesse du réseau lymphatique sous-jacent. En tout cas, c'est là une particularité clinique très digne de mention et comportant, au point de vue diagnostique, le plus haut intérêt.

Autre point, devant trouver place ici, au titre de digression, mais de digression nécessaire. C'est dans la rainure glando-préputiale que s'observent surtout et bien plus fréquemment qu'ailleurs les *indurations satellites* du chancre.

Qu'est-ce que ces indurations satellites du chancre? Cliniquement, elles consistent en ceci : des noyaux d'induration qui se produisent soit en continuité avec le chancre, soit à petite distance du chancre.

Deux cas, en effet, sont possibles.

Tantôt on voit l'induration déborder le chancre et se déverser, à la façon d'une *coulée* néoplasique, dans la rigole glando-préputiale. Si bien qu'alors on assiste à ce spectacle curieux d'une induration chancreuse qui, au lieu de rester limitée à la base même du chancre, se prolonge bien au delà, par exemple sur l'étendue d'un à deux centimètres. — Cette coulée peut envahir une moitié de la rainure. — On l'a même vue s'étendre à toute la rainure et constituer ainsi à la base du gland une sorte de couronne ou de bague qui fait tout le tour de la verge.

Tantôt, au contraire, il se produit dans la rainure, non plus en continuité avec l'induration chancreuse, mais à une certaine distance (variable de quelques millimètres à un ou deux centimètres), un ou plusieurs noyaux néoplasiques, noyaux indépendants, pisiformes ou aplatis en ménisque, durs et d'une dureté identique à celle du chancre, rappelant comme volume et comme forme soit un petit pois, soit un haricot, soit une amande, voire une moitié de noisette.

La nature de ces curieuses indurations satellites n'a pas encore été démontrée par biopsie. Mais tout porte à croire qu'elles consistent simplement en des lymphangites plastiques. D'autant qu'assez fréquemment elles se continuent avec des cordons lymphatiques indurés, lesquels, émergeant de la rainure, se prolongent sur les parties latérales ou le dos de la verge.

II. — **Chancre du frein et des fossettes du frein.** — Rien à dire des chancres du frein, si ce n'est qu'ils sont presque toujours allongés, effilés, rouges, souvent éraillés par les érections, et qu'ils saignent assez facilement en raison des petites déchirures auxquelles ils sont exposés par le fait des érections.

A signaler, au contraire, comme particulièrement insidieux le chancre des fossettes latérales du frein. Celui-ci, généralement petit, très

petit, et comme enfoui dans un recoin, *se dérobe littéralement au regard*. Il peut échapper à l'œil, et besoin est parfois de le rechercher spécialement pour le découvrir, cela en étalant par traction la muqueuse qui tapisse l'infundibulum de la fossette. — D'autre part, son induration est assez difficile à constater, parce qu'elle fuit sous les doigts. Il faut parfois la poursuivre en profondeur pour la percevoir.

III. — **Chancre du méat uréthral.** — Tantôt limité à une seule lèvre du méat, et tantôt occupant les deux lèvres. — Circonscrit originairement au méat, il peut secondairement ou bien pénétrer dans l'urèthre ou bien s'étaler sur le gland.

Érosif ou ulcéreux. — Rouge d'aspect, parfois même carminé. — Toujours *dur* et souvent même très dur. — Sécrétant une sérosité louche, souvent rosée ou même striée de sang. — Saignant assez facilement au toucher ou sous l'influence des frottements auxquels il est naturellement exposé. — Son induration, toujours fortement accentuée, diffuse parfois sur les portions voisines, en sorte qu'il n'est pas rare de voir, de son fait, le sommet du gland converti en un *bloc scléreux* de rénitence cartilagineuse ou cancroïdienne.

A son début, alors qu'il est encore minime et simplement excoriatif, il peut être confondu avec l'*érosion blennorrhagique*, c'est-à-dire avec cet état de desquamation inflammatoire du méat que réalisent certaines blennorrhagies suraiguës. L'erreur inverse est également possible et même plus fréquente. — Le diagnostic différentiel réside ici dans les considérations suivantes : 1° Chancre *plus étendu* et *mieux défini* comme lésion que l'érosion blennorrhagique ; — 2° *induration* plus accentuée avec le chancre et d'une rénitence plus sèche, moins inflammatoire qu'avec l'érosion blennorrhagique ; — 3° avec le chancre, *sécrétion* bien moindre, et sécrétion très différente de l'écoulement blennorrhagique comme aspect et comme couleur ; — 4° avec le chancre, bubon satellite.

IV. — **Chancre de l'urèthre.** — Sans être commun, le chancre intra-uréthral est loin d'être rare. Il n'est réputé rare que parce qu'il a de bonnes raisons pour rester souvent méconnu.

Le plus souvent il avoisine le méat, dont il n'est séparé que par quelques millimètres, et peut alors être aperçu par écartement forcé de l'orifice uréthral. — Bien plus rarement il occupe la fosse naviculaire où il se dérobe à l'examen. Un hasard, probablement unique dans la science, m'a permis de le constater là nécroscopiquement. Voici le fait en deux mots. Un malade entre (en 1856) dans le service de M. Ricord pour un « écoulement uréthral », que mon maître reconnaît comme symptomatique d'un chancre induré de l'urèthre. Quelques jours plus tard, il succombe subitement, à la suite d'un

violent accès de colère; et l'autopsie nous révèle, dans la fosse naviculaire, l'existence d'un chancre érosif, parcheminé de base, large comme un haricot, à contours légèrement saillants et à fond pseudo-membraneux (1). — On a bien parlé de chancres situés plus profondément dans l'urèthre (par exemple, à plus d'un pouce au delà du méat, dans un cas cité par Berkeley Hill) ; mais les faits de cet ordre exigent confirmation.

Bien que larvé, le chancre uréthral n'en est pas moins d'un diagnostic facile. Il se dénonce en effet par trois symptômes : 1° Une légère *douleur* au moment de la miction ; — 2° un faible *suintement* séro-sanieux, roussâtre, qui devient tout aussitôt sanguinolent alors qu'on exerce une pression sur l'urèthre ; — 3° et surtout une *induration* des plus significatives au palper du canal. Seulement, *il faut savoir rechercher et palper cette induration pour la percevoir*. Car on ne la sent pas, sauf exceptions rares, alors qu'on explore le canal transversalement, c'est-à-dire en pressant la verge d'un côté à l'autre. Elle n'est perceptible que par un palper du gland exercé d'avant en arrière. Pourquoi ? Tout simplement parce que le chancre est situé *de champ* dans l'urèthre, à savoir suivant un plan antéro-postérieur ; conséquemment, lamelleuse de forme, son induration n'est accessible que dans le même sens, c'est-à-dire verticalement, alors que la verge, pour la facilité de l'exploration, est placée dans une direction horizontale.

Superficiel et résolutif, le chancre uréthral ne comporte pas d'accidents posthumes. Jamais on ne l'a vu servir d'origine à des atrésies du canal. Il diffère en cela du chancre du méat, lequel, comme nous l'avons vu, est assez fréquemment suivi de déformation ou de rétrécissement de l'orifice uréthral.

V. — **Chancres du prépuce.** — Susceptibles, à l'instar de ceux du gland, de formes variées et de physionomies diverses suivant le point qu'ils occupent. Ainsi :

1° Au niveau du limbe, où ils sont très communs, ils se présentent généralement sous forme de petits chancres *en rhagade*, c'est-à-dire de chancres allongés verticalement et souvent parcourus à leur partie moyenne par un sillon ulcéreux vertical, lequel n'est qu'un épiphénomène traumatique. C'est qu'en effet ils sont exposés à des tiraillements, à des déchirures, chaque fois que le malade, pour découvrir le gland, distend l'orifice préputial, lequel, infiltré par le néoplasme chancreux, a perdu son élasticité à ce niveau.

Aussi bien, ces chancres, alors surtout qu'ils sont multiples, aboutissent-ils assez fréquemment au phimosis.

2° Les chancres du limbe balanique présentent souvent des parti-

(1) *Bulletins de la Soc. anat. de Paris*, 1856, p. 329.

cularités sans importance, mais curieuses, qui leur ont valu le nom de chancres en *volet* ou de chancres à *charnière*, et voici pourquoi. Lorsque, pour les découvrir, on ramène le prépuce en arrière, ils ne se déroulent pas à la façon du prépuce sain, c'est-à-dire lentement, progressivement et sans secousse ; au contraire, ils résistent un moment à la traction, puis soudainement *se renversent tout d'une pièce*, à la façon d'un volet de fenêtre que l'on rabat sur le mur, ou mieux, d'un couvercle qui aurait sa charnière insérée sur la rainure glando-préputiale.

3° Enfin, au niveau de la portion moyenne du prépuce, soit cutanée, soit muqueuse, les chancres reprennent leur forme usuelle de lésions étalées, régulières, conformes au type normal.

Phimosis. — A coup sûr, l'intérêt principal de tous les chancres préputiaux, quel qu'en soit le siège, réside dans une complication à laquelle ils servent d'origine très fréquente, à savoir le *phimosis*.

Comment produisent-ils le phimosis ? Par tel ou tel des processus suivants : Pour les chancres de l'anneau inférieur du prépuce, par infiltration de cet anneau, devenu rigide, non élastique, inextensible ; — pour ceux de la face muqueuse, par irritation de voisinage développant une balano-posthite, laquelle à son tour détermine le phimosis ; — pour ceux de l'une et l'autre face de l'organe, soit par complication de lymphangite avec œdème, soit par diffusion de l'induration chancreuse. Dans ce dernier cas, qui est des plus communs, l'induration déborde le chancre pour envahir tout un segment de la poche préputiale, laquelle se solidifie littéralement et devient rigide au point de figurer comme une plaque de blindage. En de telles conditions, le prépuce perd, au moins partiellement, la souplesse qui lui est indispensable pour se dérouler et se trouve de la sorte immobilisé en état de phimosis.

Il peut même arriver que le prépuce devienne le siège d'une *infiltration en masse*, et cela sous deux formes d'inégale fréquence.

Dans la plus commune de ces formes, la verge se présente renflée en massue à base inférieure ; elle doit cette configuration à un état d'intumescence du prépuce, lequel est notablement épaissi et comme *bouffi*, mais sans offrir ni les caractères de l'infiltration inflammatoire ni ceux de l'œdème. Chose singulière, ce prépuce, qu'on s'attendrait *de visu* à trouver résistant, consistant, dur en masse, n'offre que des duretés partielles correspondant aux chancres sous-jacents ; mais, en dehors de ces points circonscrits, il est plutôt mollasse ou demi-mollasse, et le terme de bouffissure est le seul propre à traduire ce singulier état.

Dans l'autre forme, le prépuce se présente non pas seulement tuméfié et épaissi en masse, mais en outre résistant, dur, et dur à ce point qu'il est pour ainsi dire converti en une *coque rigide* qu'on a pu

comparer assez exactement, comme impression de palper, à une « boule creuse de caoutchouc ». Cette coque fait soufflet, « si bien qu'en pressant sur elle, puis en la laissant se dilater alternativement, l'air qui entre et sort par l'orifice préputial forme des bulles dans le flux séro-purulent qui s'échappe de la cavité glando-préputiale ». (Mauriac.)

En tout cas, dans l'une et l'autre de ces formes, le point essentiel est que les chancres logés dans cette poche préputiale deviennent *ipso facto* ce qu'on appelle des chancres *larvés*. Quel qu'en soit le siège, c'est-à-dire qu'ils occupent la muqueuse préputiale, la rainure ou le gland, ils se dérobent à la vue. Et alors intervient une difficulté diagnostique d'un genre tout spécial, à savoir : *Comment soupçonner et reconnaître l'existence de tels chancres?* Comment différencier d'une balano-posthite simple cette balano-posthite d'origine chancreuse? Car voilà, d'une part, les chancres masqués, et, voilà, d'autre part, l'épiphénomène accessoire devenu, en apparence tout au moins, la lésion principale, prédominante. Problème pratique par excellence, et problème d'intérêt majeur, puisqu'en l'espèce une erreur n'aboutit à rien moins qu'à méconnaître le chancre.

Or, de quels éléments disposons-nous pour nous tenir à l'abri d'une telle erreur? C'est là ce que j'ai l'obligation, vu l'extrême fréquence des cas de ce genre, d'examiner en détail.

I. — Sans doute, on peut être éclairé par les *antécédents*. Ainsi la question diagnostique se trouve tranchée du coup, ou même, pour mieux dire, il n'est pas de question diagnostique, si l'on a assisté à l'évolution morbide depuis son début, ou bien si l'on a affaire à un malade intelligent qui vous expose nettement les commémoratifs en vous racontant « qu'il a commencé par avoir en tel ou tel point une plaie, une ulcération, qui présentait tels ou tels caractères ; puis que son prépuce s'est gonflé, tuméfié, au point de ne plus pouvoir être ramené en arrière, etc. ». Mais que de fois les choses ne se présentent-elles pas ainsi! Que de fois les malades n'arrivent-ils à nous qu'après production du phimosis! Que de fois sont-ils incapables de nous rendre compte (parce qu'ils ne s'en rendent pas compte eux-mêmes) de ce qu'ils ont eu, de ce qui s'est passé, de l'évolution successive de leurs divers accidents! Aussi bien, en de telles conditions, l'anamnèse ne fournit-elle rien au diagnostic, et c'est à d'autres éléments qu'il faut demander la lumière.

II. — La lumière, la trouvera-t-on dans ce qu'on a sous les yeux, dans ce qu'on peut voir et constater objectivement ? On a dit : « La balano-posthite simple est très différente comme aspect de la balano-posthite symptomatique du chancre induré, et elle en diffère surtout par ces deux points : 1° par une physionomie plus inflammatoire, plus aiguë, due à l'état des téguments qui sont rosés, tendus, fortement œdémateux, etc. ; — 2° par un écoulement, d'une part, beau-

coup plus abondant et, d'autre part, phlegmoneux, jaune-verdâtre, véritablement blennorrhagique ; — tandis qu'inversement la balano-posthite du chancre offre une allure moins éréthique et un flux bien moindre. » La remarque est juste et repose sur des faits bien observés. Mais, qu'on veuille bien s'en rendre compte, les différences que je viens de signaler ne sont que des différences de degré, des différences du plus au moins, qui ne comportent rien de péremptoire et sur lesquelles il serait imprudent de baser un diagnostic aussi important que celui dont il s'agit en l'espèce. D'autant que des conditions éventuelles peuvent conférer à une balano-posthite chancreuse une acuité égale, supérieure même, à celle d'une balano-posthite simple. — Ce second ordre de signes n'est donc capable que de fournir des présomptions, des probabilités, et rien de plus.

III. — L'exploration directe est d'un bien autre secours. Elle s'impose, et doit être pratiquée de la façon suivante : Soutenue par la main gauche du médecin, la verge sera palpée et littéralement explorée par les doigts de la main droite. Cet examen, bien entendu, portera sur les parties *profondes*, car ce qu'il s'agit de dépister, c'est une induration profonde, sous-jacente à toute l'épaisseur pathologique du prépuce. Quelque méthode et beaucoup d'attention ne sont pas choses superflues pour cette délicate recherche.

Que résultera-t-il de cet examen, pratiqué comme je viens de le dire ? Trois alternatives possibles, et rien que trois, à savoir :

1° Ou bien cette exploration ne fournira que la sensation de tissus épaissis, phlegmasiés, œdémateux, résistants ou mollasses, mais *sans le moindre noyau isolé véritablement dur*, qui rappelle l'induration chancreuse. Et, alors, du résultat négatif de cet examen on sera légitimement conduit à conclure qu'on a affaire à une balano-posthite simple, réserve faite pour la possibilité d'une induration minime se dérobant à l'exploration.

Par avance j'ajouterai que, si les aines n'offrent pas d'adénopathie suspecte, ce diagnostic de balano-posthite simple se trouvera confirmé ; — dans ces conditions, donc, on sera en droit d'exclure le soupçon de chancre.

2° Seconde alternative : le toucher révèle l'existence d'un prépuce induré en masse, représentant une coque rigide qui offre aux doigts la sensation d'une poire de caoutchouc et ne permet pas l'exploration des parties profondes.

Dans ce cas, pas de diagnostic rigoureusement certain, de par le seul état des parties et abstraction faite des indications fournies par les ganglions de l'aine ; — mais soupçon grave de chancre, car c'est presque exclusivement l'infiltration symptomatique du chancre qui détermine ces scléroses générales du prépuce.

3° Troisième et dernière alternative : Le toucher révèle en profondeur, sous le prépuce, un ou plusieurs noyaux durs, doublement

remarquables : 1° par leur *circonscription* bien nette, en forme d'olive, de noisette, de ménisque ; — 2° par une *rénitence* sèche, chondroïde, ligneuse, qui rappelle exactement l'induration chancreuse. Conclusion : Presque sûrement ces noyaux durs attestent l'existence d'un ou de plusieurs chancres sous-préputiaux.

« Presque sûrement », ai-je dit ; car, si rares que soient les exceptions à la règle, il faut en tenir compte en l'espèce, alors qu'il s'agit d'un diagnostic aussi important que celui-ci, alors qu'il s'agit de décider si un malade vient de contracter ou non la vérole. Or, il est avéré que la sensation de duretés sous-préputiales simulant l'induration du chancre a pu être réalisée par toute autre chose qu'un chancre, à savoir : par des bouquets de végétations ; — par des lymphangites nodulaires : — voire par des corps étrangers (exemple, par un tampon d'ouate tassée et macérée, qu'un de mes clients avait « oublié » sous son prépuce). Mais de telles causes d'erreur sont bien rares, et l'on peut dire que, pour la grande généralité des cas, des noyaux sous-préputiaux nettement durs et circonscrits relèvent presque sûrement de chancres syphilitiques larvés.

IV. — Reste enfin, comme quatrième signe à consulter, l'*adénopathie* inguinale. C'est là, à coup sûr, le meilleur élément diagnostique dont nous disposions, et pour cause. Car, si cette adénopathie fait défaut, le soupçon de chancre se trouve par cela même formellement éliminé ; — comme inversement, si elle se trouve bien constituée, avec l'ensemble des caractères propres au bubon satellite, elle atteste sûrement un chancre larvé sous-préputial.

Une remarque cependant s'impose ici. C'est que la balano-posthite simple ne se développe jamais sans un certain processus inflammatoire et que ce processus n'est pas, en général, sans déterminer une fluxion ganglionnaire, laquelle peut simuler une pléiade spécifique. Il y a donc là matière à erreur. Conséquemment, on n'acceptera comme probant, dans l'ordre des cas en question, le témoignage d'une adénopathie que si cette adénopathie est absolument nette, bien formulée, avec tout le cortège de ses caractères classiques.

Tel est l'ensemble des signes sur lesquels doit être basé le diagnostic différentiel de la balano-posthite simple et de la balano-posthite symptomatique de chancres sous-préputiaux.

Dans la plupart des cas, ces divers signes, alors surtout qu'ils se confirment les uns les autres, sont amplement suffisants pour établir ce qu'il est pratiquement essentiel d'établir, à savoir l'existence ou l'absence de chancres sous-préputiaux. Laissent-ils place au contraire à la moindre équivoque, le diagnostic doit être différé. Car la prudence exige qu'on ne se hâte pas de résoudre un problème qui ne comporte pas de solution *actuelle* catégorique. Il faut donc, en pareil cas, *savoir attendre*, en faisant appel à l'évolution ultérieure pour juger le litige en dernier ressort.

VI. — **Chancres du fourreau, des bourses et de la région pubienne.** — Rien de bien important à dire de ces divers chancres.

En leur qualité de chancres cutanés, ils se présentent souvent sous la forme dite ecthymateuse ou croûteuse, laquelle n'est pas sans donner le change quelquefois pour des lésions d'un tout autre ordre. — A signaler seulement que ceux du pubis, dissimulés par les poils de la région, échappent souvent à l'attention ou peuvent facilement être confondus avec de simples lésions furonculeuses, ou eczémateuses, impétigineuses, etc.

Enfin, au niveau du scrotum, le chancre devient hâtivement papuleux. Il prend alors l'aspect d'une papule muqueuse, et, n'était son induration, resterait malaisément différenciable d'une lésion secondaire.

II. — VARIÉTÉS DU CHANCRE CHEZ LA FEMME.

Chez la femme, également, les variétés de siège se traduisent souvent par des différences objectives plus ou moins accentuées.

Un mot, au préalable, sur la fréquence relative avec laquelle le chancre syphilitique affecte chez la femme les divers départements de la région génitale.

Les diverses statistiques (1) publiées sur ce point s'accordent pour établir :

1° Que les chancres des *grandes lèvres* sont de beaucoup les plus communs de tous, et cela dans une proportion notable (114 sur 249 cas, dans ma statistique de Lourcine);

2° Qu'au second rang, mais à longue distance, se placent les chancres des *petites lèvres* ; — et au troisième, pour un chiffre quelque peu inférieur, ceux de la *fourchette*;

3° Qu'après ces trois localisations qu'on peut dire habituelles, les chancres qui affectent d'autres départements des organes sexuels ne figurent plus que pour une moyenne relativement très basse;

4° Qu'au quatrième rang (ceci est digne d'attention) se placent les chancres du *col utérin*;

(1) Voici les résultats de ma statistique personnelle, dont les éléments ont été recueillis à l'hôpital de Lourcine :

Relevé de 249 cas de chancres syphilitiques observés chez la femme

Chancres des grandes lèvres	114 cas.
— des petites lèvres	55 —
— de la fourchette	38 —
— du col utérin	13 —
— de la région clitoridienne	10 —
— de l'entrée du vagin	9 —
— du méat urinaire ou de l'urèthre	7 —
— de la commissure supérieure de la vulve	2 —
— du vagin (proprement dit)	1 (?).
Total	249

5° Au cinquième, pour un nombre à peu près égal, ceux de la *région clitoridienne*, de l'*entrée du vagin*, du *méat urinaire* et de l'*urèthre*;

6° Au sixième, ceux de la *commissure supérieure* de la vulve;

7° Au dernier, ceux du *vagin*.

Deux remarques s'imposent ici.

1° La première est relative au chancre du *col utérin*. Ce chancre a une réputation de rareté qu'à coup sûr il ne mérite pas. On le considère comme « une curiosité », comme « une exception ». Je proteste contre cette croyance. Il m'est arrivé maintes fois de rencontrer le chancre syphilitique sur le col utérin. Ma statistique de Lourcine le signale 13 fois sur 249 chancres génitaux, ce qui donne une proportion de 1 chancre du col sur 18 chancres d'autres régions.

Je tiens donc ce chancre pour notablement plus commun qu'on ne le suppose généralement. Et j'ajouterai que sa fréquence *réelle* est très certainement bien supérieure à sa fréquence *apparente*, à celle qu'enregistrent les statistiques. Cela pour deux raisons : parce que, d'abord, il est exposé plus que tout autre à passer inaperçu, étant donné son siège larvé, étant donnée aussi son indolence absolue; — parce qu'en second lieu il a pour caractère, comme je le dirai bientôt, de se modifier spontanément et de guérir spontanément avec une rapidité singulière. Il faut, pour le constater, arriver juste à point et le surprendre dans sa courte période d'existence; sinon, ou bien il n'a plus déjà de caractères suffisants pour permettre de le reconnaître, ou bien même c'en est fait, déjà il n'existe plus.

2° Un fait des plus surprenants, mais dont l'authenticité ressort de toutes les statistiques, est l'excessive rareté du chancre *vaginal*. Bien positivement, le chancre du vagin constitue ce qu'on est en droit d'appeler une exception. Cela n'est-il pas extraordinaire? Il semblerait qu'en raison de sa forme, de son étendue, de ses fonctions, le vagin doit être très fréquemment affecté par le chancre; — en raison de sa forme, qui est celle d'un cylindre rétréci dans sa portion inférieure, et tout au contraire évasé supérieurement, de façon à constituer une ampoule qui favorise la stagnation des liquides; — en raison de son étendue qui est considérable; déplissée, sa muqueuse offrirait une surface dix fois supérieure à celle de toute la vulve; — en raison, enfin et surtout, de ses fonctions. N'est-ce pas lui qui embrasse la verge dans l'acte sexuel et qui, à ce moment, se trouve en contact immédiat avec les parties qui, chez l'homme, sont le siège le plus habituel des lésions contagieuses? — A tous ces titres c'est lui qui, semble-t-il, devrait recevoir le plus fréquemment la contagion. Eh bien, c'est lui qui la reçoit le plus rarement.

On a beaucoup disserté sur les raisons de cette immunité singulière, que l'on a imputée soit à la laxité des parois vaginales « qui soustrait l'organe aux traumatismes et aux inoculations du coït »; —

soit à « l'absence absolue de tout orifice glandulaire sur toute la surface du vagin » (Cornil); — soit à l'épaisseur et à la densité du revêtement épithélial de la muqueuse, ainsi bardée d'une sorte de « cuirasse » contre les contages infectieux (Gardillon); — soit aux sécrétions normales ou pathologiques « qui rendraient le bon office de protéger la muqueuse et de déblayer le vagin des produits virulents qu'elles entraînent vers la vulve »; — soit même à une « immunité locale » constituant la région à l'état de « mauvais terrain pour la graine chancreuse », etc. Tout cela me semble bien hypothétique, et, somme toute, nous en sommes encore à ignorer le pourquoi de cette sorte d'état quasi-réfractaire de la muqueuse vaginale par rapport au contage syphilitique.

Cela dit, voyons comment se présente le chancre féminin sur les divers districts des régions sexuelles.

I. — **Chancres des grandes lèvres.** — De beaucoup les plus fidèles au type commun du chancre.

Sur cette région, en effet, le chancre est le plus souvent régulier comme configuration, arrondi ou bien ovalaire verticalement. — Érosif ou exulcéreux en général, plus rarement ulcéreux, il aboutit presque toujours à la forme papuleuse, surtout à un terme avancé de son évolution. — Sa base est habituellement indurée d'une façon très nette et très aisément appréciable. Il n'est même pas rare que son induration exubérante déborde l'aire d'érosion et diffuse en nappe sur les parties voisines.

II. — Aux **petites lèvres**, le chancre siège soit sur l'une ou l'autre de leurs faces, soit sur leur bord libre, soit sur leur bord adhérent. — Il est en général érosif, superficiel; — rouge foncé, de ton chair musculaire; — parcheminé comme base ou foliacé. Son induration est parfois minime, rudimentaire; pour bien la percevoir alors, il est souvent nécessaire de saisir toute la petite lèvre (de haut en bas plutôt que transversalement) et de la rouler entre les doigts. — En d'autres cas inversement, la petite lèvre est infiltrée en totalité, épaissie, fortement parcheminée dans toute son étendue; elle constitue alors une sorte de crête rigide, d'une dureté surprenante et comparable à celle du carton ou du cartilage.

III. — A l'**entrée du vagin** et au niveau des **caroncules myrtiformes**, le chancre est assez souvent petit, rudimentaire, superficiel, simplement érosif, à induration très faiblement accentuée ou même (pour des raisons que je dirai dans un instant) impossible à percevoir.

Il n'est pas rare que là il se loge ou dans les plicatures de la région ou dans les petits sinus situés au pied des caroncules. Il peut alors *se dérober au regard*, et on ne le dépiste qu'au prix d'un déplissement

complet de la muqueuse. Bien des fois, pour ma part, il m'est arrivé de ne pas apercevoir du premier coup un de ces petits chancres des fossettes myrtiformes, que me révélait quelques instants après un examen plus minutieux.

IV. — Sur le **clitoris** et sur son **capuchon**, le chancre est le plus souvent érosif, rouge, parcheminé. — Parfois son induration diffuse en nappe sur toute la région, qui alors s'hyperplasie et s'hypertrophie, jusqu'à constituer une grosse nodosité d'une rénitence excessive, scléreuse, presque cartilagineuse.

V. — Au **méat uréthral** et dans la région avoisinante, le chancre offre communément une double particularité. D'une part, il est toujours sous-tendu par une forte induration; d'autre part, il est rebelle, persistant; il ne se répare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine à sa surface.

Lorsque le chancre siège exactement sur le méat, en se prolongeant ou non dans l'urèthre, l'orifice du canal se présente boursouflé, déformé, béant, rouge, saignant à la pression, et offrant au toucher une induration circonscrite des plus accentuées. Il faut vraiment avoir vu plusieurs spécimens du genre pour ne pas se laisser donner le change et ne pas être tenté de rapporter une telle lésion à une production maligne, à un épithéliome.

VI. — Aux chancres de l'**infundibulum vulvo-vaginal** se rattache une particularité importante, relative non pas à leur aspect objectif, mais à leur induration de base. Cette induration, en effet, ou bien est mal formulée, ou bien se présente dans des conditions qui la rendent difficile à saisir, malaisément appréciable, au total ambiguë, incertaine. Besoin est de préciser, car il s'agit ici d'un symptôme des plus essentiels au diagnostic.

A la *fourchette*, d'abord, l'induration ne s'accuse que très rarement sous la forme nodulaire ; le plus souvent elle est simplement parcheminée ou même foliacée. De plus et surtout, elle est *malaisément appréciable*, parce que la région se prête mal à l'exploration, parce qu'il est difficile d'y saisir le chancre et de l'isoler entre deux doigts. Là, cependant, elle peut encore, avec un peu de soin et d'habitude, être suffisamment constatée, sinon toujours, du moins dans la plupart des cas.

Mais les difficultés d'exploration vont croissant et l'induration devient de moins en moins appréciable à mesure que des parties extérieures de la vulve on s'avance vers le vagin. Au niveau de cette portion de la vulve qui est située au delà des petites lèvres (la région péri-uréthrale exceptée), au niveau de la fosse naviculaire, de l'anneau

vaginal et plus spécialement encore des caroncules myrtiformes, il est rare qu'on rencontre des indurations nettement et fortement accentuées. Les chancres de ces parties sont habituellement remarquables à plusieurs titres, à savoir : en ce qu'ils sont restreints le plus souvent à une faible étendue ; — en ce qu'ils sont presque toujours simplement érosifs plutôt qu'ulcéreux ; — en ce qu'ils ont une évolution rapide et une durée courte ; — enfin, au point de vue qui nous intéresse actuellement, en ce qu'ils sont simplement doublés d'une lamelle très mince d'induration, et d'induration tout au plus parcheminée. C'est sur ces régions, sans aucun doute, que le néoplasme syphilitique d'où résulte l'induration est constitué le plus parcimonieusement, si je puis ainsi parler.

Or, pour comble d'embarras, c'est sur ces régions aussi que la recherche de l'induration est entourée des difficultés les plus grandes, et cela pour des raisons toutes locales. D'abord, on est mal à l'aise pour saisir ces chancres et pour en explorer la base ; puis, veut-on les palper, ils *fuient*, ils glissent littéralement sous les doigts ; on ne parvient pas à les isoler, à les détacher des tissus sous-jacents ; ils *se dérobent* véritablement à l'examen. Bref, il y a là, je le répète, des difficultés telles d'exploration qu'avec la meilleure volonté du monde on est forcé souvent de renoncer à se rendre compte de l'état de base de ces lésions.

VII. — Les chancres du **vagin** sont tellement rares, comme je l'ai dit précédemment, qu'on n'en saurait encore déterminer exactement la symptomatologie. Dans les quelques cas bien authentiques qu'on en possède, on les a vus constitués par des lésions érosives, le plus habituellement solitaires, arrondies, larges comme une pièce de vingt centimes ou d'un franc, parcheminées ou foliacées de base, sécrétant peu, absolument indolentes, dépourvues de tout symptôme fonctionnel, évoluant d'une façon spontanée et rapide vers la cicatrisation, et enfin disparaissant sans laisser de traces. — Leur adénopathie se fait, pour ceux du segment vaginal antérieur, dans les ganglions de l'aine, et, pour ceux du segment postérieur, dans les ganglions du petit bassin (Gardillon).

VIII. — Restent les chancres du **col utérin** qui, en raison de leur situation toute spéciale, vont exiger de nous une description particulière. — Encore peu connus, quoique fort bien décrits par un de mes élèves, le Dr Schwartz, en 1873, et représentés par toute une série de moulages déposés dans ma collection particulière au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Siège. — Le chancre du col est central ou excentrique par rapport à l'orifice de l'organe. — Central, il confine à cet orifice, dont il occupe l'une ou l'autre lèvre, souvent même l'une et l'autre à la fois.

— Excentrique, il affecte des points très divers, de préférence cependant la lèvre inférieure.

Il se prolonge parfois dans la cavité du col. Sur l'une de mes malades, dont l'orifice utérin était lâche et dilatable, j'ai vu le chancre se continuer très distinctement dans la cavité cervicale. On conçoit qu'il pourrait être exclusivement limité à la cavité du col; néanmoins, si la démonstration du chancre simple *intra-utérin* a pu être acquise par l'inoculation, l'existence du chancre syphilitique de même siège reste à l'état d'hypothèse, à l'état de fait possible et rationnellement acceptable, mais non encore vérifié par la clinique.

Nombre. — Le chancre du col est le plus souvent, presque toujours même, *unique*. Deux fois seulement je l'ai trouvé double.

Forme. — Rien de spécial. Le chancre excentrique est généralement arrondi ou ovalaire. Le chancre central décrit le plus souvent un cercle incomplet autour de l'orifice du col; quelquefois il l'encadre complètement; d'autres fois il n'est que tangent à cet orifice.

Étendue. — En moyenne, celle d'une amande, d'un noyau de prune, d'un haricot; — quelquefois moindre (pièce de vingt centimes); — rarement supérieure.

Aspect, couleur. — Le chancre du col se présente sous forme d'une lésion *plate* ou *papuleuse*. Débutant par une érosion absolument plane, il aboutit le plus souvent à former une *papule*, c'est-à-dire un petit mamelon en plateau, légèrement exhaussé au-dessus des parties voisines.

Cette érosion ou cette papule est *lisse* et *unie* de surface.

Presque toujours elle offre une teinte d'un *gris lardacé*, rappelant la couleur des coupes du squirrhe et semblant due à une sorte d'enduit pseudo-membraneux. — Parfois cette teinte vire au blanc grisâtre ou même au blanc mat (comme en deux cas dont on peut voir les moulages au musée de Saint-Louis); d'autres fois elle prend un ton jaunâtre, émaillé d'un semis ecchymotique.

Bords. — Pas plus que le chancre syphilitique d'autre siège, le chancre du col n'a de bords, à proprement parler. Ou bien il se continue de plain-pied avec les tissus voisins, quand il est plat; ou bien il se raccorde avec eux en pente douce, quand il est légèrement exhaussé. — Son contour est dessiné habituellement par une sorte de *collerette rouge*, *purpurine*, que rend d'autant plus manifeste le ton blanchâtre, pâle, de la lésion.

Sécrétion. — Très minime et passant toujours inaperçue, en se mêlant aux sécrétions habituelles de l'utérus et du vagin. — Elle est même si minime en quelques cas qu'on trouve à peine sur le col de quoi pratiquer une inoculation.

Troubles fonctionnels. — Absolument nuls. Soit spontanément, soit au toucher, le chancre du col est d'une indolence absolue. Il ne

détermine aucune sensation, il ne donne en rien l'éveil sur son existence. Dans tous les cas que j'ai observés, les malades ne se plaignaient d'aucun trouble; dans tous les cas elles avaient été conduites à l'hôpital par une raison autre que le chancre : celle-ci par un herpès vulvaire, celle-là par une vaginite, telle autre par des végétations, telle autre enfin par des lésions secondaires. Et ces femmes étaient fort étonnées quand nous leur apprenions qu'elles portaient une plaie sur la matrice, plus étonnées encore quand nous leur disions que cette plaie était un chancre.

C'est donc *par hasard* qu'on découvre le chancre du col, et c'est là par excellence une lésion *qu'il faut chercher* pour la découvrir.

État de la base, état du col. — Deux conditions anatomiques rendent extrêmement difficile, impossible même, l'exploration de la base de la lésion. D'une part, le col est naturellement dur; or, comment sentir une dureté morbide sur un organe déjà dur physiologiquement? De plus, pour bien percevoir l'induration spécifique, il faudrait introduire le pouce et l'index dans le vagin jusqu'à la hauteur du col, ce qui est impossible, sauf exceptions d'un ordre particulier. On est donc réduit à pratiquer le toucher avec un doigt; mais un doigt ne donne pas la sensation délicate de l'induration en surface; tout au plus pourrait-il révéler l'induration en profondeur, les gros noyaux d'induration. De fait, que fournit le toucher pratiqué de la sorte? *Rien*, pour la très grande majorité des cas. Quelquefois cependant il permet de constater soit un certain degré d'*hypertrophie avec dureté* du col utérin, soit des *indurations partielles* de cet organe. Ainsi :

Sur deux de mes malades, affectées de chancres utérins, j'ai noté d'une façon très positive une ampliation générale, une véritable hypertrophie du col (et cela en l'absence de toute affection utérine, antérieure ou actuelle, autre que le chancre); de plus, le col hypertrophié présentait au toucher une dureté « sèche, cartilagineuse », paraissant résulter d'un exsudat superficiel, d'un néoplasme rappelant comme consistance ces gros noyaux d'induration qu'il est si commun, chez l'homme, de rencontrer à la base du gland.

En deux autres cas le col n'offrait pas d'exagération de volume; mais le toucher faisait facilement reconnaître, au niveau même du point occupé par le chancre, un noyau circonscrit, « d'une dureté propre, nettement distincte de la rénitence physiologique de l'organe », et semblant dû à une infiltration néoplasique sous-jacente.

Je ne suis pas le seul d'ailleurs à avoir constaté de tels faits. Plusieurs auteurs ont signalé comme moi et avant moi l'induration chancreuse sur le col utérin. Bennett, par exemple, a relaté l'observation d'une malade chez laquelle un chancre syphilitique produisit « une *induration* graduelle de la lèvre antérieure du col, laquelle finit par prendre la dimension d'une petite noix ». M. Ricord a

relaté un fait plus démonstratif encore : « J'ai eu l'occasion, raconte-t-il, d'observer un chancre (syphilitique) du museau de tanche sur une femme affectée de prolapsus utérin; le col pouvait, en telle condition, être aussi facilement saisi entre les doigts et aussi délicatement exploré que l'extrémité de la verge. Eh bien, la base de ce chancre présentait une *induration toute spéciale*, chondroïde, presque ligneuse, qui se détachait très distinctement de la dureté propre à l'organe sur lequel s'était développée la lésion. »

Toutefois, je le répète, l'induration n'est qu'exceptionnellement perçue sur le col, et c'est là un signe sur lequel il ne faut guère compter.

Adénopathie. — Théoriquement, elle doit se faire dans les ganglions pelviens, où elle n'a pas encore été perçue, que je sache. — Plusieurs fois cependant (et cela dans des cas où aucune lésion contemporaine n'existait à la vulve) on l'a constatée dans les aines, ce qui n'est explicable anatomiquement que par une anastomose entre les lymphatiques du col et ceux du vagin.

Évolution, durée. — Un fait remarquable et très essentiel à enregistrer est la tendance spontanée du chancre utérin à la réparation. Traité ou non, ce chancre guérit, et, de plus, guérit vite. Parfois même il se modifie et change absolument d'aspect en l'espace de quelques jours. Lors d'un premier examen, je suppose, on l'a constaté à l'état de lésion papuleuse, recouverte d'une sorte de couenne lardacée, et s'attestant d'une façon formelle pour une lésion toute spéciale; puis, à échéance de trois à quatre jours, changement absolu : plus de couenne, plus de papule, plus de physionomie distinctive; rien autre qu'une érosion rougeâtre, commune, banale, *innocente* d'aspect, si bien qu'alors tout observateur constatant cette érosion pour la première fois ne songerait en rien à la prendre pour un chancre et la considérerait sans défiance comme la lésion la plus vulgaire et la moins suspecte du monde. — Est-ce assez dire que ce chancre utérin, à moins d'être surpris au cours de la courte période où il conserve sa physionomie distinctive, a toutes chances pour rester méconnu ?

Puis, modifié de la sorte, il achève en général de se réparer rapidement. Je l'ai vu toutefois rester stationnaire sous cette forme pendant un certain temps, à l'état d'érosion rougeâtre. — Finalement, il se cicatrise sans laisser de stigmates.

Sa durée ne saurait encore être déterminée d'une façon précise, car on ignore toujours quand il a débuté. Approximativement, je crois qu'on peut l'évaluer à quelques semaines.

Résumé. — Au total, le chancre utérin peut siéger sur tous les points du col; — tel qu'on l'a observé jusqu'à ce jour, c'est un chancre généralement unique; — de petite étendue; — sans configuration spéciale; — simplement remarquable par sa qualité de

lésion papulo-érosive en plateau et sa couleur d'un *gris lardacé* ; — ne se trahissant par aucune douleur, par aucun trouble fonctionnel ; — à sécrétion minime, insignifiante ; — inexplorable de base ou n'offrant qu'exceptionnellement une induration appréciable ; — évoluant d'une façon spontanée et rapide vers la guérison ; — offrant très hâtivement l'aspect d'une lésion banale, et susceptible à ce titre d'être fréquemment méconnu.

Diagnostic. — Trois lésions doivent être mises en parallèle avec le chancre du col. A savoir :

I. — En première ligne, *érosions de métrite muqueuse*, inflammatoire, catarrhale, granuleuse. Sans aucun doute, c'est avec de telles lésions que le chancre du col est le plus facilement et le plus souvent confondu. Et cependant il s'en différencie par des signes nombreux. Ainsi :

Les érosions de métrite muqueuse ont pour caractères : de rayonner de l'orifice utérin ; — de se prolonger surtout sur la lèvre inférieure du col, et de pénétrer le plus souvent dans la cavité cervicale. — Elles sont rougeâtres, fréquemment granuleuses, et ne se revêtent que très rarement d'enduits grisâtres, pseudo-membraneux. — Elles s'accompagnent toujours d'un certain degré de tuméfaction du col, de douleurs utérines avec irradiations inguinales ou lombaires, d'écoulement catarrho-purulent, de troubles menstruels, etc. Bref, elles font partie d'un ensemble clinique dont le processus ulcératif n'est qu'un élément accessoire. — Tout au contraire, le chancre irradie moins régulièrement de l'orifice du col, occupe même assez souvent une situation excentrique par rapport à cet orifice, ne se prolonge que très exceptionnellement dans la cavité cervicale, se présente sous forme d'une papule grise, opaline, et ne détermine ni douleurs, ni suintement appréciable. — Finalement, l'évolution est significative : rapide avec le chancre ; longue, chronique, indéfinie, avec les érosions d'un autre ordre.

II. — L'*herpès* constitue parfois sur le col des érosions plus ou moins larges, plates, superficielles, rouges ou bien rendues grisâtres, opalines, par macération de l'épithélium des vésicules originelles affaissées. Sous cette forme, certes, il peut simuler le chancre. On l'en distinguera cependant par deux particularités sur lesquelles j'ai déjà assez insisté précédemment pour n'avoir plus qu'à les énoncer ici, à savoir : 1° tracé *polycyclique* et *microcyclique* du contour de la lésion ; — 2° existence fréquente, au pourtour de l'érosion principale, d'autres érosions *miliaires*, arrondies, que leur ténuité suffit à signaler comme herpétiques.

III. — *Chancre simple.* — Suivant les cas, le chancre simple du coe utérin sera facile ou difficile à différencier du chancre syphilitiqul de même siège.

Les cas faciles sont ceux où le chancre simple affecte la forme

ulcéreuse, à entamure profonde, à bords nettement entaillés, à fond jaune, à suppuration crémeuse ; — ceux encore où il se dénonce par la multiplicité de ses lésions (comme sur l'une de mes malades qui était affectée de *trois* chancres du col et de *douze* chancres de la paroi inférieure du vagin). Nulle erreur possible en pareille occurrence.

Mais il s'en faut que les choses se présentent toujours de la sorte. D'abord le chancre simple du col peut être unique ; unique, soit parce qu'il occupe à lui seul la presque totalité du museau de tanche, soit parce qu'il s'est fusionné avec d'autres chancres voisins, de façon à ne plus constituer qu'une seule plaie à un moment donné. Ce chancre, en second lieu, *prend souvent sur le col la forme papuleuse*, particularité peu connue et particularité très insidieuse en ce qu'elle confère à la lésion la physionomie soit du chancre syphilitique utérin, soit même d'une papule secondaire.

En de tels cas, de quels signes dispose le diagnostic différentiel ?

L'unicité de la lésion ne fournit qu'une donnée de peu de valeur, une présomption, et rien de plus. — L'étendue de la lésion n'a également qu'une signification très relative, car le chancre syphilitique du col, bien qu'habituellement restreint comme étendue, peut égaler comme proportions le chancre simple. — L'état de la surface et la couleur constituent assurément de meilleurs signes. Le chancre simple, en effet, quoique souvent papuleux sur le col, offre parfois des *inégalités de surface*, des dépressions, des anfractuosités qu'on n'observe pas sur le chancre syphilitique. Sa couleur aussi est habituellement *jaune* plutôt qu'opaline, et d'un ton plus vif, plus animé, que la teinte soit rosée, soit gris pâle ou blanchâtre, de ce dernier.

Toutefois, il faut en convenir, de tels éléments séméiologiques sont bien insuffisants en général, et le diagnostic resterait plus d'une fois incertain, si l'on n'avait pour l'établir que ces seules données objectives. Fort heureusement, le diagnostic différentiel peut être souvent institué d'une façon *indirecte* par d'autres signes qu'il me reste à faire connaître.

Le meilleur de ces signes, le signe *pratique* par excellence, est tiré de l'examen de la région vulvaire.

S'agit-il d'un chancre syphilitique du col, de deux choses l'une : ou bien on ne trouvera rien à la vulve, et cette *absence d'accidents vulvaires* sera par elle seule un indice d'une grande valeur, car il n'est guère que le chancre syphilitique qui s'isole ainsi sur le col ; presque invariablement, au contraire, le chancre simple du col s'accompagne d'autres chancres vulvaires de même espèce ; — ou bien on trouvera à la vulve d'autres chancres, mais quels chancres ? Des chancres indurés, dont la nature syphilitique sera plus aisément constatable, et ceux-ci (à ne pas tenir compte de l'hypo-

thèse exceptionnelle d'une double contagion) attesteront d'une façon presque indiscutable la nature syphilitique du chancre utérin.

A-t-on affaire inversement à un chancre simple du col, presque toujours, presque nécessairement, on rencontrera d'autres chancres de même espèce soit dans l'ampoule vaginale, soit surtout *à la vulve*. Or, que signifieront ces chancres simples vulvaires ? De même que dans le cas précédent, ils témoigneront qu'en toute vraisemblance le chancre utérin doit être, comme eux, un chancre simple.

Donc, dans la plupart des cas, l'état de la vulve (c'est-à-dire ou bien l'absence d'accidents vulvaires ou bien la présence à la vulve d'accidents de nature plus aisément déterminable) éclairera sur la qualité de la lésion utérine et permettra de porter sur cette dernière un diagnostic sûr, d'une précision rigoureuse.

L'*inoculation*, en dernière analyse, pourrait être invoquée pour lever tous les doutes. Mais il est bien rare qu'elle soit nécessaire, et voici pourquoi. Si le chancre du col est d'essence syphilitique, l'absence d'accidents vulvaires est significative par elle-même et dispense presque d'avoir recours à la lancette. S'agit-il, au contraire, d'un chancre simple, c'est la nature qui presque toujours prend les devants et se charge de l'inoculer à la vulve, auquel cas il devient superflu d'ajouter une inoculation à celles qui déjà se sont produites spontanément.

Je conclurai donc en disant :

1° Que le diagnostic différentiel entre le chancre simple et le chancre syphilitique du col utérin reçoit peu d'indications significatives du siège, de la forme, de l'étendue, voire du nombre des lésions, etc. ;

2° Que des signes déjà meilleurs lui sont fournis par les considérations tirées de la *teinte* des lésions et de leur *état de surface* ;

3° Que ce diagnostic, enfin, trouve indirectement un précieux indice dans l'*état de la région vulvaire*, à savoir : soit dans l'absence d'accidents à la vulve, soit dans la qualité des accidents *vulvaires concomitants*.

Le tableau suivant présentera résumé ce parallèle diagnostique des deux chancres sur le col utérin.

Chancre syphilitique :	**Chancre simple :**
I. Habituellement *unique* sur le col, très rarement multiple.	I. *Unique* ou, plus souvent, *multiple* ; — quelquefois *unique par fusion* de plusieurs chancres voisins.
II. Presque toujours *restreint* comme étendue.	II. Souvent *assez étendu*.
III. Toujours *érosif* ou *papulo-érosif* ; — presque jamais ulcéreux.	III. Parfois *ulcéreux*, entaillé ; — souvent aussi papuleux ; — quelquefois *inégalités de surface* (dépressions, anfractuosités) presque caractéristiques.

Chancre syphilitique : (*Suite*).	**Chancre simple :** (*Suite*).
IV. Offrant le plus souvent une teinte *opaline*, grise, lardacée, pseudo-membraneuse.	IV. Offrant une coloration *jaune* ou *jaunâtre*, d'un ton plus vif, plus animé, que la teinte gris sombre du chancre syphilitique.
V. Coïncidemment : *A la vulve*, ou bien *absence de toute lésion* ; — ou bien, au cas contraire, un ou plusieurs chancres de nature *syphilitique*.	V. Coïncidemment : *A la vulve*, et cela d'une façon presque usuelle, *chancres simples*, plus ou moins nombreux. — En certains cas même, chancres simples dans l'ampoule vaginale, au voisinage du col.
(Réserve faite pour le cas possible, mais très exceptionnel, d'une double contagion.)	
VI. *Auto-inoculation* négative.	VI. *Auto-inoculation* reproduisant un chancre simple.

Conséquences obstétricales. — Le chancre utérin peut avoir des conséquences obstétricales alors qu'il prélude au terme d'une grossesse. Et rien que de très naturel à cela, car son mode de réaction sur le travail de l'accouchement est d'ordre purement mécanique. C'est tout simplement, l'état du col qui, encore infiltré par le néoplasme chancreux, épaissi, dur, rigide, ne se prête pas à la dilatation nécessaire à l'expulsion du fœtus.

Cette rigidité plastique du col utérin, mettant obstacle à l'issue du fœtus, est donc exactement le pendant de celle du limbe préputial déterminant le phimosis.

Elle est susceptible de deux conséquences : ou bien un simple retard dans le travail, le col finissant à la longue par se laisser dilater ; — ou bien un obstacle absolu au travail, le col résistant d'une façon opiniâtre aux efforts de contraction. — Dans ce dernier cas, nécessité d'intervenir, et cela non pas par les méthodes douces (bains, douches, belladone, etc.), qui ne constituent en l'espèce que des atermoiements dangereux, mais par un débridement du col.

De là, naturellement, deux ordres de dangers : danger pour la mère, en raison de la longueur du travail et de l'intervention opératoire ; — et danger pour le fœtus, qui plus d'une fois est arrivé mort ou même qu'on a été forcé d'extraire soit par le forceps, soit par morcellement (1).

(1) La plupart des observations connues de dystocie par chancre utérin se trouvent réunies dans trois travaux intéressants dus à Melle Marie Mesnard, thèse de Paris, 1884 ; — à M. le Dr Doléris, *Arch. de tocologie*, 1885 ; — et à M. le Dr Le Camus, thèse de Paris, 1891. — Quelques autres ont été publiées depuis lors.

Il s'en faut que toutes soient démonstratives. Pour bon nombre même, la qualité *chancreuse* de l'induration qui a donné lieu à la rigidité du col est loin d'être positivement établie.

Aux faits contenus dans la science, j'ajouterai le suivant, encore inédit, provenant du service de mon collègue et ami le Dr Budin. C'est un spécimen typique

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX.

Les chancres extra-génitaux ont pris une telle place et conquis une importance telle dans l'histoire clinique de la syphilis que j'ai été conduit à leur consacrer un chapitre spécial. A coup sûr, je ne saurais dans un traité général leur donner les développements que je leur ai accordés dans un autre de mes ouvrages (1) ; tout au moins l'obligation m'incombe-t-elle de signaler ici leurs particularités les plus essentielles, notamment en ce qui concerne leurs caractères cliniques et leur étiologie.

Fréquence. — On est déjà fixé par ce qui précède sur leur fréquence relative, que les statistiques évaluent à environ 7 p. 100 du nombre total des chancres de tout siège. Mais je dois rappeler que ce chiffre ne constitue qu'un *minimum*, et un minimum forcément inférieur à la réalité des choses. Cela, pour trois motifs : parce qu'en

des troubles dystociques et des dangers auxquels peut exposer un chancre utérin, alors qu'il se produit à une époque peu distante du terme de la grossesse.

« X..., primipare, âgée de vingt ans. — Rien de particulier dans les antécédents, tant héréditaires que personnels. — Réglée normalement depuis l'âge de douze ans.

« Le 27 avril 1897, la malade vient à la Maternité, où elle est admise au dortoir des femmes enceintes.

« Le 15 mai, apparition d'une roséole très nette, d'origine syphilitique, accompagnée de maux de gorge et de céphalée nocturne. — On ne peut retrouver la porte d'entrée de la syphilis.

« Le 31 mai, à six heures du soir, la malade est admise dans la salle de travail. Elle est en douleurs, et à terme.

« Il s'agit d'une présentation du sommet, occiput à gauche. Les bruits du cœur fœtal sont normaux ; les membranes de l'œuf rompues. Le *toucher vaginal* donne des renseignements fort importants : Le col utérin est complètement effacé ; la dilatation est de 2 centimètres environ. Mais les bords de l'orifice sont épaissis, infiltrés, saillants, et donnent au doigt le relief d'un bourrelet circulaire. Au milieu de la lèvre antérieure du col, on sent un *noyau* plus nettement induré que les parties voisines. Le doigt circonscrit facilement les limites de ce noyau, tandis que le spéculum ne donne que fort peu de renseignements. On pose le diagnostic de *chancre induré du col utérin*, avec œdème et induration des parties voisines. D'autre part, en présence du col utérin à pourtour infiltré, induré, on pense que le travail de l'accouchement sera forcément très difficile.

« Le 2 juin, à cinq heures du soir, on met sur les lèvres du col utérin l'écarteur de Tarnier. Malgré des contractions utérines énergiques et des bains prolongés, la dilatation utérine reste toujours la même, et cependant *la malade est en travail depuis plus de quarante-huit heures.*

« Le 3 juin, à cinq heures du matin, la dilatation est toujours la même. Mais les bruits du cœur fœtal sont précipités et le liquide amniotique est très fétide. La température de la mère s'est élevée à 38°,7 et le pouls donne 130 pulsations.

« Le 3 juin, à neuf heures du matin, la dilatation du col n'a encore atteint que 5 centimètres. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perceptibles. — Il est évident que la malade ne pourra accoucher seule, en raison de l'obstacle constitué par l'induration des lèvres du col. M. Budin fait sur le col utérin deux incisions latérales, dirigées un peu en arrière, et extrait le fœtus par une application de forceps. — Les suites de couches n'ont rien présenté d'anormal. » (Observation recueillie par M. Salmon, interne des hôpitaux.)

(1) Voir *Les chancres extra-génitaux*, leçons recueillies par Edmond Fournier Rueff, 1897.

raison même de leur localisation insolite, bon nombre de ces chancres extra-génitaux restent méconnus des malades et passent inaperçus; — parce que bon nombre d'autres, même soumis à un examen médical, ne sont pas diagnostiqués pour ce qu'ils sont ; — parce que d'autres encore échappent à nos statistiques, drainés qu'ils sont par des cliniques spéciales, à savoir : les chancres oculaires par les cliniques ophthalmologiques, les chancres des doigts, généralement pris pour des panaris, par les cliniques chirurgicales, etc. Ce chiffre de 6 à 7 p. 100 est donc susceptible bien sûrement d'une certaine *majoration* ; il pourrait, je crois, être élevé sans exagération à 8 ou 9, si ce n'est même à 10 p. 100. C'est-à-dire que, sur 100 chancres de tout siège, il en est environ 8, 9 ou 10 de localisation extra-génitale contre 90 à 92 affectant les organes génitaux ou les régions avoisinantes.

Siège. — I. — Les chancres extra-génitaux *sont très inégaux comme fréquence suivant les régions*. Voici, en effet, ce que démontre ma statistique personnelle à cet égard :

Chancres de la région céphalique	849	cas.
— du membre supérieur	78	—
— de l'anus et de la région péri-anale	77	—
— du sein	59	—
— du tronc (thorax, abdomen, fesses)	33	—
— du membre inférieur	14	—
— de la région cervicale	14	—
Total	1124	cas.

II. — Cette même statistique met encore en pleine évidence un second fait d'intérêt majeur en l'espèce, à savoir : le *prodigieux excès de fréquence des chancres céphaliques* par rapport à tous les autres chancres extra-génitaux. Elle ne contient pas moins, en effet, de 849 cas de chancres céphaliques sur un total de 1.124 chancres extra-génitaux de tout siège. Cela donne, au calcul, une proportion de 75 chancres céphaliques sur 100 chancres extra-génitaux de toute localisation. C'est-à-dire que les chancres céphaliques constituent à eux seuls les *trois quarts* des chancres extra-génitaux qu'on rencontre en pratique.

Diverses raisons expliquent cet excès de fréquence. C'est, d'abord, que la tête est la région où se porte usuellement le baiser ; — c'est qu'elle est exposée à diverses contaminations professionnelles dont je parlerai dans un instant ; — c'est qu'elle se présente à découvert, non protégée conséquemment contre divers risques de contamination ; — c'est, enfin, qu'elle porte trois muqueuses, districts de moindre résistance contre la pénétration des contages, etc.

III. — Mais, à leur tour, les diverses régions céphaliques ne sont pas également sujettes à subir la contamination. En ce qui concerne la fréquence relative du chancre sur les trois grands départements de

la tête (visage, bouche, cuir chevelu), la statistique nous fournit les résultats suivants :

Bouche.	Chancres des lèvres	567
	— de la langue	75
	— de l'amygdale	69
	— des gencives	11
	— du palais, du voile et des piliers	4
	— de la muqueuse des joues	1
Face...	— du menton	54
	— des joues	24
	— de l'œil	21
	— du nez	18
	— du front	2
Cuir chevelu		3
	Total	849

La bouche est donc par excellence le foyer prédominant des chancres céphaliques.

Et, à la bouche, la localisation prédominante se fait sur les lèvres. A lui seul le chancre labial est trois fois plus fréquent que tous les autres chancres buccaux réunis.

CHANCRES BUCCAUX.

Étiologie. — La syphilis peut être portée à la bouche de cent façons différentes. Le plus souvent elle y trouve accès par tel ou tel des trois modes de contamination que voici :

1° Par *contagion génito-buccale* (périphrase qui me dispensera d'un commentaire scabreux).

2° Bien plus souvent, par *contagion bucco-buccale*. D'une part, en effet, la bouche est par excellence un « foyer de vérole », un véritable « nid de germes contagieux », en raison de l'excessive fréquence des lésions secondaires qui y pullulent véritablement. Et, d'autre part, elle a pour agent de transmission de ces germes un mode de contact essentiellement usuel, à savoir le *baiser*, et le baiser de tout ordre, c'est-à-dire non pas seulement le baiser de l'amour, mais le baiser de l'amitié, voire le baiser familial et respectueux.

Le péril du baiser en état de syphilis est immense. C'est par milliers qu'on pourrait citer les observations de syphilis dérivant du baiser de l'amour. Et les contaminations par le baiser de l'amitié ne laissent pas aussi d'être assez nombreuses. Pour ma seule part, j'ai dans mes notes huit cas où des malades affectés de lésions secondaires de la bouche ont contagionné leurs parents (frère, sœur, père, mère, fille, etc.). — C'est donc pour le médecin qui traite un syphilitique

une *obligation professionnelle* de lui dénoncer ce danger spécial, que d'ailleurs un homme du monde peut ignorer ou dont il pourrait tout au moins ne se méfier que d'une façon insuffisante.

3° Par *contagion médiate*, issue de n'importe quels intermédiaires souillés par le virus syphilitique, tels que : ustensiles d'alimentation (verres, cuillers, tasses, bouteilles, biberon, gobelet des fontaines Wallace, etc.) ; — tous objets composant l'arsenal du fumeur (pipes, cigares ou cigarettes échangés de bouche à bouche, embouts, tronçons de cigares ou de cigarettes ramassés à terre, etc.) ; — tous objets pouvant être portés à la bouche (plumes, porte-plumes, crayons, porte-crayons, pinceaux, tire-lignes, coupe-papier, tubes acoustiques, brosses à dents, pipettes et chalumeaux des laboratoires de chimie, joujoux, sifflets, trompettes, pièces de monnaie, bonbons, etc.) ; — sans oublier, bien entendu (car ils sont dangereux entre tous), les instruments médicaux servant à l'examen de la bouche et de la gorge (abaisse-langue, laryngoscope, miroir à bouche, instruments multiples de dentisterie, etc.).

Sans doute ce mode de contagion a pu être indûment invoqué par certains malades, soit en vue de dissimuler une faute, soit parce qu'ils se donnaient le change à eux-mêmes sur la provenance et le mode de leur infection. Mais il n'en est pas moins authentique et rigoureusement authentique. Il est attesté par des centaines d'observations, colligées pour la plupart dans le livre si intéressant et si précieux de Duncan Bulkley sur la *Syphilis des innocents* (1). Au reste, il n'est plus contesté de nos jours, et c'est à titre de spécimens seulement, plutôt que de pièces justificatives, que je produirai les deux observations suivantes, prises au hasard entre une foule d'autres de même ordre.

I. Un tout jeune collégien, vierge encore de tout contact sexuel, entre dans une brasserie du quartier Latin. Là, il rencontre une aimable jeune personne qui s'offre à perfectionner son éducation et, pour début, veut à toutes forces le faire fumer. Il refuse d'abord, mais ladite demoiselle insiste, façonne une cigarette, l'allume, la fume quelques instants et la passe au jeune homme : « Maintenant qu'elle a touché ma bouche, vous n'oserez plus la refuser, j'espère. » Il n'osa pas, en effet. Résultat : quatre semaines plus tard, éclosion d'un chancre syphilitique sur la lèvre inférieure du collégien.

II. Un petit enfant reçoit une trompette comme cadeau de jour de l'an. Sa mère et un jeune oncle, d'une vingtaine d'années, lui apprennent à se servir de l'instrument, et la trompette passe ainsi de bouche en bouche pendant toute la journée du 1er janvier. Malheureusement, le jeune oncle avait, à ce moment, des plaques muqueuses à la bouche. Résultat : mère contagionnée à la bouche ; enfant contagionné à la bouche. Chez l'un et chez l'autre, chancre induré labial.

(1) *Syphilis in the innocent.* New-York, s. d. — Ce remarquable ouvrage, en effet, n'est pas seulement un intéressant et complet exposé de la si curieuse question de la *Syphilis des innocents.* Il constitue aussi un véritable monument d'érudition, par un Index bibliographique où l'auteur a eu la patience de réunir toutes les observations relatives à son sujet (Voir *Analytical bibliography*, p. 240 à 386).

L'enfant, après avoir éprouvé divers accidents de syphilis secondaire, semble se rétablir ; mais il fait, quelques années plus tard, une véritable paralysie générale, à laquelle il succombe (1). La mère est également éprouvée d'une façon grave par une syphilis hépatique et finit par mourir en état de cachexie. (Dr Hanot.)

Bien plus rarement le chancre buccal dérive de *contaminations professionnelles*, comme chez les verriers, en raison du passage de bouche à bouche de la canne à souffler le verre (on sait que ce mode de contagion a réalisé plusieurs fois de véritables petites épidémies de syphilis, comme à Rivé-de-Gier, où vingt ouvriers furent contaminés en 1862, à Montluçon où l'on compta, en 1867, plus de 30 victimes) ; — chez les musiciens, par échange d'instruments à vent ou d'embouts d'instruments ; — chez les tapissiers, les emballeurs, les électriciens, etc., en raison d'échanges analogues de divers objets servant à leur profession.

Enfin, il est un mode de contamination buccale propre à l'enfance, à savoir l'*allaitement*. Nombre d'enfants ont été infectés à la bouche par des lésions syphilitiques mammaires.

Voilà, certes, bien des origines possibles et variées de contagion buccale. Eh bien, en dépit de cette multiplicité et de cette diversité de causes, il n'est pas très rare que le *pourquoi* et le *comment* de telles contaminations nous échappent absolument. Il n'est pas très rare que l'on rencontre en pratique des chancres buccaux (comme aussi du reste des chancres de n'importe quelle région, de la face notamment) dont l'origine se dérobe complètement à la perspicacité de l'observateur, et cela dans des conditions où le malade n'est suspect ni de dissimulation ni de réticences. Qu'est-ce à dire ? Ceci, simplement : que ces contaminations d'origine mystérieuse ne sont rien autre que des contaminations dues à un *hasard* indéterminable, des contaminations dérivant d'un contact qui s'est produit entre la bouche et le contage syphilitique dans des conditions telles qu'elles déjouent tout souvenir, toute analyse rationnelle, toute enquête scientifique. Le hasard seul y a présidé, si bien que le diagnostic se trouve impuissant à reconstituer après coup de telles éventualités.

I. — CHANCRES LABIAUX.

I. — Presque toujours uniques, solitaires (95 fois sur 100). — Quelquefois multiples cependant, au nombre de deux, bien plus rarement

(1) C'est là, soit dit au passage, un exemple de ces *paralysies générales infantiles* d'origine syphilitique, sur lesquelles M. le Dr Régis a publié récemment de si intéressantes recherches. On sait que les paralysies générales de l'enfance ou de l'adolescence peuvent dériver ou bien d'une hérédité spécifique ou bien (comme dans le cas du Dr Hanot) d'une syphilis acquise en bas âge. — Voir *Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 oct. 1894.

de trois ou quatre, exceptionnellement de cinq. — Affectent de préférence la lèvre inférieure (105 fois sur 165); — plus rarement la lèvre supérieure (57 cas), bien moins souvent les commissures (5 cas). — Siègent le plus habituellement sur la semi-muqueuse labiale, mais peuvent se localiser exclusivement soit sur le département cutané, soit sur le département muqueux de l'une et l'autre lèvre, comme aussi se trouver à cheval sur la semi-muqueuse et la peau ou bien sur la muqueuse et la semi-muqueuse.

II. — Susceptibles de nombreuses formes cliniques, qu'il est possible de ramener aux six types suivants :

1° *Type érosif.* — C'est celui du chancre érosif de tout siège, bien connu par ce qui précède. A noter simplement que, sous cette forme, il peut être réduit aux dimensions d'une petite lentille (*chancre nain*) et devient alors plus que facile à confondre soit avec l'érosion herpétique, soit avec l'érosion simplement inflammatoire si commune chez les fumeurs.

2° *Type croûteux*, dans lequel la lésion chancreuse se trouve dissimulée sous une croûte d'étendue proportionnelle à celle du chancre, croûte solide, adhérente, brunâtre, quelquefois aplatie et ne faisant qu'un léger relief, mais d'autres fois assez épaisse et proéminente pour rappeler les grosses incrustations rupiales des syphilides tertiaires (*chancre rupial*).

Type insidieux par excellence, en ce qu'en raison même de cette croûte, *on ne pense pas au chancre* et l'on se laisse aller à mettre en cause quelque dermatose croûteuse (herpès, eczéma, impétigo, etc.). Le diagnostic repose ici essentiellement sur l'induration et l'adénopathie.

3° *Type papuleux*, où le chancre se présente sous l'aspect d'une lésion proéminente, figurant un mamelon, une pastille, bref faisant relief au-dessus des tissus périphériques.

4° *Type papulo-hypertrophique.* — Rare, mais très essentiel à connaître en raison des regrettables erreurs auxquelles il peut donner lieu, erreurs qui ont conduit plus d'une fois à des interventions chirurgicales.

Dans cette forme, le chancre est tout à fait exubérant comme volume, comme saillie, comme infiltration néoplasique, comme induration. Positivement il *fait tumeur* et prend la physionomie d'un néoplasme malin. Aussi ce « chancre-tumeur », comme on l'a appelé, a-t-il été pris plus d'une fois pour un épithéliome, voire excisé, amputé comme tel.

J'ai longuement insisté ailleurs (1) sur les diverses considérations qui permettent de distinguer ce chancre hypertrophique de l'épithéliome labial. Je ne puis que reproduire ici d'une façon sommaire les éléments de ce diagnostic différentiel.

(1) Voir mon livre sur les *Chancres extra-génitaux*, p. 64 et suiv.

Chancre labial.	Épithélioma labial.
I. — Signe de présomption : Age des malades.	
Beaucoup plus commun dans la *jeunesse*.	Presque exclusif à l'*âge mûr*.
II. — Signes de probabilité :	
I. *Surface* lisse, égale, tendue, quelquefois polie et vernissée.	I. Surface inégale, irrégulière, déchiquetée, rongeante ; — ou bien, dans une autre forme, surface en champignon végétant, bourgeonnant.
II. Pas de bords, à proprement parler.	II. Bords élevés, épais, surplombants, *éverses*. Parfois, signe de l'*ourlet*.
III. Surface non saignante, ni à la pression ni à l'essuyage.	III. *Saignottement* presque caractéristique au moindre contact.
IV. Adénopathie *initiale*, *d'emblée* ; — atteignant son apogée de la deuxième à la troisième semaine.	IV. Pas d'adénopathie au début. — Adénopathie ne se constituant qu'après le quatrième ou le cinquième mois.
V. »	V. Signe dit des *vermiotes*.
III. — Signes de certitude :	
I. Évolution hâtive, précipitée. (Chancre à son apogée dès la deuxième à la troisième semaine, et cela : 1° en tant que lésion propre ; — 2° en tant que retentissement ganglionnaire.)	I. Évolution lente, torpide ; — laps de plusieurs mois nécessaire pour que l'affection soit constituée à l'état de lésion importante et retentisse sur les ganglions.
II. Critérium par excellence : Explosion secondaire, à normale échéance.	II. »

5° *Type ulcéreux*, à fond excavé et à bords saillants ; — quelquefois associé au type hypertrophique ; — quelquefois aussi se présentant sous la forme croûteuse, à grosse croûte proéminente et rupioïde.

6° *Type phagédénique*. — Absolument exceptionnel. — Susceptible de détruire de larges portions d'une lèvre, voire toute une lèvre, comme dans le cas suivant :

Un jeune homme de vingt-six ans, bien portant, bien constitué, non alcoolique, et sur lequel aucune condition étiologique n'a jamais rendu compte du terrible accident que je vais dire, vient me trouver, le 20 mars dernier, pour un chancre phagédénique de la lèvre inférieure. Sur cette lèvre, considérablement hypertrophiée, au moins quadruplée de volume, s'étalait un chancre déjà énorme, mesurant environ 5 centimètres de long sur 3 d'avant en arrière. Mais, ce qui était plus menaçant encore, c'était la présence sur ce chancre de deux ilots absolument noirs, noirs *comme de l'encre*, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, et manifestement sphacéliques. D'emblée je pressentis une catastrophe locale. Et, en effet, le phagédénisme déchaîné poursuivit son cours d'une façon suraiguë. Pendant plus d'un mois, en dépit de tous mes efforts, en dépit d'une thérapeutique que tout le monde, je crois, s'accorderait à regarder comme la plus rationnelle et la plus énergique, des foyers de gangrène ne cessèrent pas de succéder à des foyers de gangrène ;

si bien que l'ulcération ou, disons mieux, la destruction finit par s'étendre à *toute* la lèvre inférieure. Et cela, chose curieuse, avec une indolence absolue, et cela avec une absence absolue de toute réaction locale ou générale, et cela au cours d'une santé parfaite. C'était la mort *à froid*, localisée sur des tissus passifs. Finalement, dès que la lèvre inférieure fut anéantie en totalité, le phagédénisme s'arrêta court ; puis la cicatrisation se fit d'une façon assez rapide, mais non sans laisser à nu toute l'arcade dentaire inférieure.

A signaler enfin que le chancre labial se présente quelquefois sous la *forme fissuraire*, dite encore « en rhagade », alors surtout qu'il siège au niveau d'une commissure ou d'un sillon (normal ou pathologique) des lèvres, notamment de la lèvre inférieure.

Adénopathie satellite. — De tous les bubons satellites, c'est assurément celui du chancre labial qui comporte le plus d'exceptions à la loi d'aphlegmasie des engorgements ganglionnaires symptomatiques du chancre. Ainsi :

1° Il n'est pas très rare que ce bubon se présente avec une certaine « pointe inflammatoire ». On le trouve alors constitué par un ou plusieurs ganglions plus volumineux que d'habitude, empâtés, sensibles, quelque peu douloureux au toucher.

2° Il se peut encore qu'il prenne décidément les allures d'une *monadénite aiguë*. On le voit alors former une grosse tumeur qui fait relief sous l'arcade maxillaire en la débordant quelque peu ; — tumeur unique, résultant de la fusion en une seule masse de tous les ganglions, que réunit une gangue de tissu cellulaire enflammé ; — tumeur dure, mais empâtée ; — douloureuse spontanément, plus douloureuse encore au toucher ; — s'accompagnant d'une certaine suffusion rosée tégumentaire, et rappelant au total la physionomie de l'adéno-phlegmon.

Manifestement cette tumeur tend à la suppuration.

Dans la plupart des cas, la terminaison par abcès peut être conjurée par une médication antiphlogistique, notamment par l'application continue de cataplasmes de fécule, par des fomentations, des bains, une antisepsie rigoureuse de la bouche, etc. Cependant l'abcès se produit quelquefois.

Pour quelle raison le bubon sous-maxillaire fait-il exception à la règle commune ? On a avancé que ce fait anormal pourrait bien tenir aux « mouvements incessants de la mâchoire dans la parole, la mastication, la déglutition ». Je serais plus tenté de croire que la tendance inflammatoire de ce bubon dérive d'*infections secondaires* issues de la bouche, véritable aquarium où pullulent des microbes de tout genre. Mais cela n'est qu'une hypothèse, qui demande à être vérifiée par l'examen bactériologique.

Traitement. — Pour les formes bénignes, pansements avec baudruche gommée ou bandelettes de taffetas de Vigo. — Pour les formes ulcéreuses, pansements à la pommade *faiblement* iodoformée (1 à 2 grammes pour 10 grammes de vaseline). — Pour le chancre

interne, qui ne peut être pansé : bains de bouche très fréquemment répétés (huit à dix fois par jour pour le moins), avec une décoction émolliente, légèrement boriquée en vue des infections secondaires à prévenir ; — attouchements, plusieurs fois par jour, avec un pinceau d'aquarelle trempé dans un collutoire boraté (4 grammes de borate de soude pour 15 grammes de glycérine) ; — hygiène sévère de la bouche et des dents ; — proscription du tabac, des alcooliques et de tous aliments susceptibles d'irriter la lésion ; — en cas de douleurs, badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne ; — cautérisations au nitrate d'argent, mais seulement comme moyen soit de modifier un chancre qui tarde à se déterger, soit d'activer un travail languissant de cicatrisation.

II. — CHANCRES DE LA LANGUE.

Les plus communs de tous les chancres buccaux, après ceux des lèvres, mais beaucoup moins communs que ces derniers (53 contre 328). — Bien plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Le chancre lingual est presque toujours *unique* (52 fois sur 53). — En quelques cas on l'a vu double.

Il a un siège de prédilection, à savoir le *tiers antérieur de la langue* ; et là, on le rencontre : pour l'énorme majorité des cas, à la partie supérieure de l'organe ; — plus rarement à la pointe ; — plus rarement sur les bords latéraux. — Très exceptionnel sur le segment postérieur.

Formes cliniques. — Deux communes et deux rares.

Dans le premier groupe il faut ranger :

1° La forme *érosive*, de beaucoup la plus fréquente, se caractérisant par une simple abrasion du tégument muqueux, superficielle, lisse, contrastant par son aspect dépapillé avec le gazon papillaire des parties périphériques, large environ comme l'ongle du petit doigt, ronde ou ovalaire, rouge, et enfin soit parcheminée, soit foliacée de base.

2° La forme *ulcéreuse*, entamant le tégument muqueux, creusée en cupule ou en cuiller, toujours doublée d'une induration notable, qui parfois forme sous l'ulcération un ménisque très résistant.

Beaucoup plus rares sont les deux formes suivantes :

1° Forme *fissuraire*, dans laquelle le chancre, logé dans un pli lingual dont il suit la direction, est représenté par une érosion allongée et effilée, consistant en deux segments adossés qui, de la profondeur à la superficie, divergent à la façon des branches d'un V (*chancre fissuraire, chancre en rhagade*). — Exceptionnellement, ce même chancre, en se prolongeant sur des sillons secondaires branchés sur le sillon principal, prend l'aspect d'une étoile à plusieurs rayons (chancre dit *étoilé*).

2° Forme *scléreuse*. — Spéciale aux chancres de l'extrémité de la langue. — Très originale d'aspect, elle consiste en ceci : segment

antérieur de la langue converti tout entier en un bloc néoplasique d'une rénitence, d'une dureté singulière, et cela par diffusion de l'infiltration plastique dans une grande étendue du parenchyme de l'organe. — En raison de cette particularité, le chancre scléreux de la pointe de la langue simule parfois d'une étrange façon soit les glossites scléreuses tertiaires, soit même l'épithéliome.

Symptômes. — Presque nuls pour la forme érosive, à cela près d'une certaine sensibilité locale. — Pour la forme ulcéreuse, endolorissement de l'organe; gêne dans les mouvements de la langue; douleur dans la mastication ; salivation réflexe, etc.

Complications. — Tout à fait exceptionnelles.

Cependant, phagédénisme possible. Je viens d'observer tout récemment un cas de *phagédénisme térébrant* consécutif à un chancre lingual. Situé sur le bord droit de l'organe, ce chancre ne mesurait pas moins de 4 à 5 centimètres de long sur 2 centimètres de hauteur. Il était excavé à ce point qu'il eût contenu le petit doigt. Très rouge de surface et encadré d'une zone de tissus fortement indurés, il ressemblait absolument à un épithéliome cavitaire, au point que ce diagnostic s'imposait presque à première vue. — Je n'omettrai pas de dire qu'il guérit avec une rapidité tout à fait surprenante sous l'influence d'injections au calomel.

Adénopathie satellite. — Absolument conforme au type usuel, sous cette réserve qu'à l'instar du bubon satellite du chancre labial elle présente parfois une certaine allure phlegmasique.

Diagnostic. — Parfois facile et parfois très difficile. Ce qui n'est que trop certain, c'est que des erreurs multiples et d'ordres divers ont été commises à son sujet. Tantôt le chancre lingual a été pris pour ce qu'il n'était pas, et tantôt, réciproquement, on a confondu avec lui diverses lésions qui ne s'en rapprochaient que par de certaines analogies objectives.

Comme exemple des erreurs du premier ordre, je signalerai ce fait plus qu'essentiel à connaître, à savoir : que le chancre lingual, spécialement dans ses formes ulcéreuses et scléreuses, a pu être confondu avec l'**épithéliome** et traité, c'est-à-dire opéré comme tel. Pour ma seule part, j'ai dans ma clientèle un jeune homme qui, à propos d'un chancre de ce siège et de cette forme, a été *amputé d'une bonne partie de la langue*. Or, douze jours exactement après l'opération le chirurgien stupéfait constatait une indéniable syphilide papuleuse.

Les éléments du diagnostic différentiel entre le chancre lingual et l'épithéliome sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé précédemment à propos du chancre labial (V. page 137). Inutile de les reproduire ici.

D'autre part, il est diverses lésions linguales qui plus d'une fois en ont imposé pour le chancre syphilitique. Je citerai notamment comme telles :

1° La **glossite dentaire ulcéreuse.** — On sait que le voisinage

d'une dent fortement incrustée de tartre et surtout d'une dent ébréchée, cassée, à pointe aiguë, à arête coupante, suffit à déterminer sur le bord correspondant de la langue un noyau de phlegmasie qui ne tarde pas à s'éroder, puis à s'ulcérer et parfois même à s'ulcérer profondément. Or, cette ulcération, pour peu qu'elle date d'un certain temps, peut aboutir à simuler parfaitement un chancre marginal de la langue.

Et, en effet, comme le chancre, elle consiste en une lésion nettement circonscrite et de petite étendue ; — comme le chancre, elle est doublée d'une induration nodulaire, très résistante sous le doigt et fournissant exactement au palper la sensation du néoplasme sous-chancreux ; — comme le chancre, elle offre une surface ou rouge ou grisâtre ; — comme le chancre, enfin, elle peut retentir sur les ganglions, en raison de la phlegmasie chronique dont elle dérive, etc.

Comment se tenir en garde contre une erreur ou, disons mieux, contre une *surprise* de ce genre ? En s'imposant comme règle de ne jamais risquer un diagnostic sur un ulcère marginal de la langue sans avoir procédé à un examen du système dentaire. Car, en obéissant à ce principe, on ne manquera pas de constater le signe par excellence de l'ulcère dentaire, à savoir un rapport exact de *vis-à-vis* entre l'ulcère et la dent « coupable ». Et, ce rapport constaté, le diagnostic en ressortira *ipso facto*. Sans compter que de ce diagnostic dérivera, comme indication naturelle, le limage ou l'avulsion de la dent, et qu'une amélioration immédiate, suivie d'une guérison rapide, achèvera de démontrer la qualité traumatique, c'est-à-dire l'origine dentaire de la lésion. — D'ailleurs, l'adénopathie est assez rare avec l'ulcère dentaire, tandis qu'elle est constante et bien autrement formulée avec le chancre.

2° **L'ulcère tuberculeux**, alors surtout qu'il a été artificiellement induré par une raison quelconque (cautérisations, voisinage d'une dent ébréchée, etc.) et qu'il a retenti sur les ganglions, peut facilement être confondu avec la variété ulcéreuse du chancre. On trouvera dans le tableau suivant les divers signes qui permettront d'instituer un diagnostic différentiel entre ces deux lésions :

	Ulcère tuberculeux.	**Chancre ulcéreux.**
I. Signes de présomption.	I. Antécédents ou signes actuels de *tuberculose* (pulmonaire, cutanée, laryngée, ganglionnaire, testiculaire, osseuse, anale, etc.).	I. Pas d'antécédents de tuberculose (sauf coïncidence).
	II. Siège possible de la lésion à la *partie inférieure* de la langue.	II. Chancre absolument exceptionnel à la face inférieure de la langue.
	III. *Multiplicité* possible de lésions.	III. Chancre presque toujours unique.
	IV. *Étendue* parfois très notable.	IV. Ulcération d'étendue presque toujours restreinte.
	V. Ulcération quelquefois *creuse*, térébrante, pouvant aller jusqu'à dénuder le tissu musculaire.	V. Ulcération ne dépassant jamais le derme muqueux.

	Ulcère tuberculeux : (*Suite*).	Chancre ulcéreux : (*Suite*).
II. Signes de probabilité.	I. *Graphique de contour* souvent irrégulier, sinueux, atypique, amorphe.	I. Graphique de contour régulier, correct, souvent même géométriquement rond ou ovalaire.
	II. *Bords* généralement entaillés, faisant arête, quelquefois décollés, flottants.	II. Jamais de bords entaillés à pic, non plus que décollés.
	III. *Fond* souvent inégal, accidenté; de teinte jaunâtre ou jaune.	III. Fond égal, uni, lisse; rouge ou grisâtre.
	IV. *Base* molle (en l'absence de complications).	IV. Base indurée.
	V. *Troubles fonctionnels* toujours plus ou moins accentués, quelquefois intenses (endolorissement continu, douleurs vives au contact des aliments, salivation). — Ulcère *éréthique*, non toléré.	V. Peu ou pas de troubles fonctionnels. — Ulcère *toléré*.
III. Signes de certitude.	I. *Points jaunes de Trélat;* — et, plus rarement, *nodules de Féréol* (1).	I. »
	II. Produits de raclage contenant ou pouvant contenir le *bacille de Koch*.	II. »
	III. *Inoculation* aux animaux déterminant la contamination tuberculeuse.	III. »

IV. Critérium de dernier ressort : EXPLOSION OU NON-EXPLOSION SECONDAIRE.

III. — CHANCRE DE LA GENCIVE.

Très rare (11 cas sur un total de 727 chancres buccaux). — Toujours unique. — Siège usuellement au collet des dents et à la face externe de la gencive.

(1) Nodules de Féréol et points jaunes de Trélat sont souvent confondus dans les descriptions cliniques. C'est un tort; car, pour être identiques d'origine et de nature, ces deux lésions n'en sont pas moins très différentes objectivement.

Les nodules de Féréol (je les appelle ainsi comme hommage au très sagace et éminent médecin qui les a signalés et bien décrits le premier) sont constitués par de petites *tumeurs* tubéreuses, distribuées au voisinage de l'ulcère tuberculeux. Ce sont des nodules solides, pleins, sphéroïdaux, qui, enchâssés dans le derme muqueux, en émergent partiellement par leur segment supérieur, en forme de saillies mamillaires. On dirait des tubercules lupiques, et qui sait si, en effet, ce ne sont pas là les tubercules d'un lupus lingual? Ces nodules, en tout cas, rappellent absolument ceux des dermatoses lupiques. Ils ont en moyenne le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Ils sont rénitents, durs au toucher. Recouverts par une muqueuse encore saine, ils se présentent avec une coloration ou rosée, ou rougeâtre, ou violacée. Leur nombre, enfin, est variable. On peut n'en trouver qu'un ou deux au voisinage de l'ulcère, comme aussi en rencontrer tout un semis, c'est-à-dire cinq, six, sept, huit et davantage. Dans un cas décrit et représenté par Féréol, on en trouvait un groupe de sept à huit sur un des côtés de l'ulcère. (Voir *Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1872, t. IX, p. 188.)

Tout autres sont les points jaunes de Trélat, qui se différencient à trois titres des lésions précédentes, à savoir :

1° Par leur volume bien moindre. Ce n'est plus de tumeurs qu'il s'agit ici, mais

Deux formes. — Dans l'une, c'est le type du chancre érosif, avec a circonscription nette, sa surface unie et lisse, sa belle couleur ouge, etc. Il représente alors généralement une demi-lune, un croisant qui encadre la sertissure d'une, de deux ou, plus rarement, de ois dents voisines. — Dans l'autre, inversement, il perd son caracère de chancre en se compliquant de phénomènes de périostite lvéolo-dentaire. Il ne consiste plus alors qu'en une ulcération épourvue de tout cachet de spécificité, mal circonscrite, et reposant sur une muqueuse boursouflée, mamelonnée, fongueuse, etc., ont l'inflammation paraît constituer la lésion principale. Souvent, a pareil cas, l'adénopathie reste seule pour mettre sur la piste du iagnostic.

IV. — CHANCRES DU PALAIS, DU VOILE PALATIN, DES PILIERS, DE LA MUQUEUSE GÉNIENNE.

Tout à fait exceptionnels (4 cas sur 727 chancres buccaux), es chancres ne présentent aucune particularité digne de mention. e sont des chancres soit érosifs, soit sub-ulcéreux, de dimensions etites ou moyennes, arrondis ou ovalaires, généralement rouges de ond, à induration très difficilement perceptible. C'est dire que leur aractère d'accident primitif ressort bien moins de leur physionomie ue de leur qualité de lésion circonscrite, à développement rapide, et artout de leur adénopathie.

V. — CHANCRE DE L'AMYGDALE.

Signalé pour la première fois par Diday (1861), puis bien étudié par Legendre (1884), il a donné lieu de nos jours à de très nombreux ravaux.

Notablement plus commun qu'on ne l'avait supposé et qu'on ne le suppose encore. Sa fréquence réelle ne saurait encore être précisée,

bien de simples taches minuscules, mesurant un demi-millimètre à un millimètre de diamètre tout au plus, quelquefois même ; et pour bon nombre de cas, simplement *punctiformes* ;

2° Par leur absence de relief. Ce sont des taches ou bien absolument plates, ou bien ne faisant qu'une imperceptible saillie ;

3° Et surtout, par leur couleur jaunâtre ou jaune, parfois même d'un beau jaune doré, qui tranche fortement sur la teinte rosée des parties voisines.

Nodules de Féréol et points jaunes de Trélat constituent en l'espèce des signes vraiment pathognomoniques. Et pourquoi? Tout naturellement, parce que ce sont les uns et les autres des productions *tuberculeuses*. Donc, leur présence au voisinage d'une ulcération est un témoignage non équivoque de la qualité tuberculeuse de cette ulcération. Elle équivaut, en quelque sorte, à la signature de la tuberculose au pourtour de la lésion.

Malheureusement, ce ne sont là que des signes inconstants. Les points jaunes ne se rencontrent guère plus d'une fois sur sept à huit cas (quatre fois sur vingt-cinq cas, dans une statistique qui m'est personnelle). Et, quant aux nodules de Féréol, nul doute qu'ils ne soient rares plus encore. (Voir mon livre sur les *Chancres extra-génitaux*.)

car elle s'accroît de jour en jour, au fur et à mesure qu'on a mieux connu ce chancre et qu'on s'est enhardi à le diagnostiquer, alors qu'autrefois il a dû passer bien souvent inaperçu.

I. — Presque toujours unique.

Comparable, comme étendue, à une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Le plus souvent ovalaire et quelquefois arrondi ; souvent aussi irrégulier, parce qu'il se moule sur les anfractuosités de la loge amygdalienne.

II. — A ses débuts et pendant toute sa période d'état, il s'accuse par une *douleur angineuse*, un « mal de gorge » d'intensité variable.

Cette douleur est minime à l'origine. A vrai dire même, c'est moins une douleur qu'une gêne, qu'un embarras local, une sensibilité de la gorge au moment de la déglutition.

Mais bientôt ce mal de gorge va croissant et devient une douleur vraie, qui se spécialise par deux particularités, à savoir : 1° son *unilatéralité*, propre à différencier l'angine chancreuse de nombre d'autres angines qui affectent les deux amygdales ; — 2° sa *persistance*.

Et, en effet, la douleur angineuse du chancre est une douleur durable, qui persiste au moins plusieurs semaines, à l'inverse de la plupart des autres douleurs angineuses dont le propre est de s'évanouir à courte échéance. Rien que de très naturel à cela, puisque ce mal de gorge n'est que le symptôme d'une lésion qui exige plusieurs septénaires pour accomplir son évolution.

Formes cliniques. — Objectivement, le chancre amygdalien se présente sous *trois formes* principales, à savoir :

1° **Forme érosive.** — Assez commune, peut-être même la plus commune des trois, cette première forme est essentiellement bénigne à tous égards.

D'une part, elle ne comporte que des troubles fonctionnels notablement légers, à savoir ceux d'un « petit mal de gorge », et rien de plus.

D'autre part, elle ne s'accuse que par des phénomènes objectifs de faible importance : peu ou pas de tuméfaction locale ; — peu ou pas de rougeur régionale ; — à la surface de l'amygdale, une *érosion*, mais une érosion vraiment bénigne ; — érosion superficielle, d'abord ; — petite et parfois même minime ; variable, pour préciser, entre les dimensions d'une grande lentille et celles d'une amande, d'un haricot, d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes ; — tantôt grisâtre, opaline, tantôt rouge, tantôt enfin alternativement grise et rouge par places ; — à fond soit égal et lisse, soit, plus souvent, rendu inégal par les irrégularités et les anfractuosités normales de la surface amygdalienne.

Et c'est tout. Si bien qu'on pourrait n'accorder que peu d'importance à de tels symptômes, n'étaient deux autres signes bien mieux

faits pour donner l'alarme : l'un qui saute aux yeux, si je puis ainsi parler, et qu'il est impossible de méconnaître ; c'est l'*adénopathie*, adénopathie comportant tous les caractères du bubon satellite ; — l'autre qu'inversement il faut chercher pour le trouver ; c'est l'*induration*.

En effet, si l'on porte le doigt sur l'amygdale affectée, on y constate une dureté morbide. Impossible, bien entendu, d'apprécier ici les caractères de cette induration comme on le fait à la verge ou sur tout autre organe facilement accessible, puisqu'on ne dispose que d'un doigt pour l'explorer, au lieu d'avoir, comme d'usage, la faculté de la saisir entre deux doigts. Mais n'importe. On sent l'amygdale *dure*, pathologiquement dure, et un tel signe n'est pas sans constituer pour le diagnostic un appoint des plus importants.

Je dois reconnaître cependant que cette induration est parfois assez peu accentuée, minime, difficilement appréciable. On a même dit, non sans raison, qu'elle peut être « impossible à percevoir ».

2° **Forme ulcéreuse.** — Ici, tous phénomènes plus importants que dans la forme précédente, à savoir :

D'abord, troubles fonctionnels plus accentués ; véritable douleur angineuse, avec dysphagie.

En second lieu, amygdale plus volumineuse, turgide, comme étalée et distendue.

Et surtout, à la surface de cette amygdale, lésion véritablement *ulcérative*, semblant entamer, creuser le parenchyme de l'organe.

Point essentiel : Cette ulcération est-elle de nature à donner le soupçon, à éveiller l'idée d'un chancre ? Oui, et cela de par les trois considérations suivantes :

1. De par son importance comme *étendue*. Généralement elle a les dimensions de l'ongle de l'index ou du pouce. Quelquefois elle est plus considérable, jusqu'à mesurer deux centimètres, deux centimètres et demi dans son grand diamètre.

2. De par son *aspect*, qui est celui d'une plaie « de mauvaise mine », comme on dit vulgairement ; — plaie soit d'un rouge brun foncé, soit d'une teinte grisâtre, gris jaunâtre, gris sale, soit, plus souvent, multicolore, c'est-à-dire semée sur un fond vineux de points jaunes, grisâtres ou d'un blanc pultacé.

3. Et surtout de par la *dureté* locale de la région, de toute la région. L'amygdale, en pareil cas, se présente toujours rénitente en masse et fortement rénitente, avec quelques îlots plus particulièrement durs sous le doigt.

3° **Forme angineuse.** — Moins commune que les précédentes, mais très digne d'attention en ce qu'elle est particulièrement insidieuse. C'est d'elle, à coup sûr, que dérivent la plupart des erreurs commises à propos du chancre amygdalien.

Une formule en résume la caractéristique : c'est une amygdalite, plus un chancre.

D'abord et d'une façon prédominante, c'est une *amygdalite*, et cela à trois titres :

1° De par ses symptômes objectifs. Car l'amygdale se présente à la fois tuméfiée, rouge et dure. Son hypertrophie, tout particulièrement, est bien accentuée, quelquefois considérable, au point de constituer une véritable tumeur amygdalienne qui s'avance jusqu'à la ligne médiane de la gorge.

2° C'est une amygdalite de par l'intensité de ses *troubles fonctionnels* : douleurs locales presque équivalentes à celles de l'esquinancie vulgaire ; dysphagie ; parfois même léger degré de nasonnement.

3° Souvent aussi, c'est une amygdalite de par l'addition aux symptômes précédents de divers *troubles généraux* : malaise, courbature, inappétence, état saburral, réaction fébrile, etc. ; tous symptômes, à la vérité, d'intensité médiocre ou moyenne et de durée assez éphémère, mais ne laissant pas néanmoins de témoigner en faveur du caractère phlegmasique de l'affection.

Donc, d'une part, amygdalite indéniable.

D'autre part, *chancre*, comme second élément de cet ensemble morbide ; — chancre érosif ou sub-ulcéreux ; — petit ou moyen ; — tantôt coiffant à son sommet l'intumescence amygdalienne, et tantôt relégué excentriquement sur l'un de ses côtés ; — quelquefois rouge ou rougeâtre, mais plus souvent masqué en partie par un de ces exsudats blanchâtres ou gris blanc qui sont si communs dans les angines vulgaires.

De la sorte, donc, la scène se compose de deux éléments : l'amygdalite et le chancre. Mais le fait curieux en l'espèce est que, dans cet ensemble, *l'amygdalite prime le chancre* comme importance objective. C'est elle qui fixe l'œil, qui appelle l'attention ; c'est elle qui paraît constituer la lésion principale. Le chancre est positivement effacé par elle et semble ne figurer là qu'au titre d'un incident accessoire, subordonné, de second rang. A ce point qu'en certains cas on a pu *ne voir que l'amygdalite* et laisser le chancre inaperçu.

VARIÉTÉS.

Deux variétés, pour être infiniment plus rares que les formes précédentes, ne sont pas moins très essentielles à connaître. A savoir :

I. **Variété diphthéroïde.** — Constituée par l'addition aux symptômes objectifs usuels d'un *exsudat pseudo-membraneux* rappelant l'aspect des « angines blanches ». Cet exsudat a les dimensions du chancre qu'il recouvre soit partiellement, soit dans toute son étendue. — Il est adhérent par sa face profonde aussi bien que par ses bords et ne se laisse détacher par le pinceau que difficilement et incomplètement. — Il est *couenneux*, bien plutôt que pultacé. Assez épais, consistant, tenace, il constitue une sorte de pellicule, de

membrane, qui, sous les mors d'une pince, se déchire en lambeaux. — Enfin, il offre une coloration grisâtre, cendrée, ou bien d'un blanc sale, à reflets jaunâtres, voire parfois, comme dans un cas curieux de Legendre, d'un gris verdâtre.

De par un tel aspect le chancre amygdalien rappelle les angines *blanches*. Mais ce n'est pas tout. Il les rappelle encore par son adénopathie, et quelquefois aussi par un cortège véritablement curieux et insolite de phénomènes généraux, tels que les suivants : malaise, courbature, lassitude, inappétence, état saburral, frissons et réaction fébrile (par exemple, pouls à 100 et température oscillant entre 38 et 39 degrés).

Si bien qu'en face d'un tel ensemble on a pu croire à une angine couenneuse et n'avoir même pas le soupçon d'un chancre.

II. **Variété gangreneuse.** — Tout à fait exceptionnelle, et se caractérisant par ceci : d'une part, production à la surface du chancre d'îlots et même de petits placards sphacéliques, s'attestant pour tels par leur coloration foncée, noirâtre ou presque noire, et par une fétidité spéciale de l'haleine ; — d'autre part, symptômes locaux surintenses : tuméfaction considérable de l'amygdale, rougeur très vive, dysphagie très accentuée, altération de la voix ; — et, enfin, troubles généraux d'acuité proportionnelle : frissons, fièvre, malaise, courbature, inappétence, voire, en quelques cas, abattement, accablement, prostration avec tous symptômes d'adynamie. — En un mot, véritable *orage infectieux*, à coup sûr peu durable, mais plus que suffisant à un moment donné pour égarer absolument le diagnostic.

Adénopathie. — Elle se fait dans les ganglions de la partie latérale du cou, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde. — Très généralement normale de type mais quelquefois aussi sub-inflammatoire, c'est-à-dire constituée par des ganglions volumineux, empâtés, moins sèchement durs que de coutume, sensibles spontanément et douloureux au toucher.

Diagnostic. — Pour la grande majorité des cas, les erreurs commises à propos du chancre amygdalien sont des erreurs *par surprise*, c'est-à-dire que le plus souvent on se trompe à son sujet *parce qu'on n'y pense pas*, parce qu'on ne songe même pas à le mettre en cause dans le diagnostic d'une angine. La preuve en est dans ce résultat d'expérience que, trois ou quatre fois sur dix, le chancre amygdalien est pris à son origine pour une angine simple.

Ces erreurs par surprise sont, d'ailleurs, plus faciles à commettre qu'on ne le croirait *à priori*. Et cela surtout pour deux raisons : la première, c'est que le chancre amygdalien n'a quoi que ce soit, objectivement, de spécial ; — et la seconde, c'est qu'il a souvent pour cortège toute une série de symptômes soit locaux, soit surtout

généraux, qui détournent l'attention du chancre, qui font qu'on ne pense pas au chancre, et même qu'on a moins de raisons pour le mettre en cause que pour l'exclure.

Au total, ses trois signes majeurs, ceux qui, entre tous, restent les plus sûrs pour en établir le diagnostic, sont : 1° l'*unilatéralité* de la lésion ; — 2° l'*adénopathie* ; — et 3° l'*induration* locale, qui (comme l'a très bien dit Duncan Bulkley, dont je partage l'opinion), peut être perçue « douze ou treize fois sur quinze » d'une façon suffisante pour être presque décisive. — Conséquemment, comme règle de pratique, le *toucher de l'amygdale* s'impose dans tous les cas où il y a lieu de supposer qu'une lésion amygdalienne peut être un chancre.

Inutile d'ajouter que l'évolution morbide et quelques autres signes propres à telle ou telle variété d'angine (tel que le résultat des cultures bactériologiques dans le cas d'angine dérivant de la diphthérie) serviront de complément au diagnostic différentiel (1).

Évolution, durée, complications. — L'évolution du chancre amygdalien est celle du chancre syphilitique en général. Rien de spécial à en dire.

Sa durée varie suivant les formes : cinq semaines, en moyenne, pour les formes bénignes ; deux mois environ et quelquefois plus pour les formes ulcéreuses, étendues.

Absence de complications *locales*, tel est le fait de beaucoup le plus habituel. Cependant, on a signalé quelquefois une certaine tendance à l'ulcération, à l'envahissement, ou bien encore à des formes malignes (état pultacé, gangrène, phagédénisme).

Tout au contraire, *fréquence marquée de complications d'ordre général* : frissons, accidents fébriles, malaise, anorexie, courbature, quelquefois même phénomènes voisins de l'adynamie, et (je reprends le mot) petit *orage infectieux* de courte durée. — Ce sont là tous phénomènes que j'ai indiqués dans ce qui précède, mais sur lesquels je tiens encore à revenir, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, ils constituent une *exception* singulière dans l'histoire du chancre syphilitique, lésion qui, comme chacun le sait, est par excellence froide, aphlegmasique et apyrétique ; — et, en second lieu, parce que de tels symptômes sont essentiellement propres à détourner l'attention du chancre et, somme toute, à *égarer le diagnostic*.

Traitement. — Nous ne disposons que de moyens thérapeutiques d'influence bien restreinte contre le chancre amygdalien. Fort heureusement cela lui suffit pour aboutir à guérison.

A ne parler que des agents locaux, on prescrira ceci :

Dans la période d'augment ou d'état : gargarismes, ou plutôt bains de bouche émollients avec décoction de guimauve et de pavot,

(1) Voir mon livre sur les *Chancres extra-génitaux*, où ce diagnostic différentiel du chancre amygdalien se trouve longuement étudié.

eau glycérinée, etc. Pour avoir quelque efficacité, ces bains de bouche devront être répétés fréquemment et prolongés plusieurs minutes. — Pulvérisations émollientes, tièdes, renouvelées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans une période plus avancée, gargarismes au borate de soude ou bien au chlorate de potasse; — badigeonnages au collutoire boraté (glycérine pure, 30 grammes, et borate de soude, 10 grammes).

En cas de douleurs vives, gargarismes additionnés d'une petite quantité d'opium, ou, mieux, badigeonnages à la cocaïne, etc.

S'il paraît opportun de modifier l'état des surfaces, attouchements quotidiens ou biquotidiens avec la teinture d'iode ou avec la teinture alcoolo-éthérée d'iodoforme à saturation ; — cautérisations au crayon de nitrate d'argent tous les trois ou quatre jours.

Ces cautérisations au crayon sont encore utiles dans la dernière période du chancre, alors que la cicatrisation languit et traîne en longueur.

Bien entendu, comme pour tous les chancres de la cavité buccale, alimentation liquide ou demi-liquide, n'exigeant aucun effort de mastication et de déglutition : lait, potages, soupes, jus de viande, purées, crèmes, etc. — Dans les formes aiguës, douloureuses, érétiques, le lait est seul supporté pour un certain temps.

CHANCRE DU PHARYNX.

Je n'ai constaté dans toute ma pratique qu'un seul cas de chancre syphilitique du pharynx. En revanche, ce cas était d'une netteté parfaite, au point que la qualité chancreuse de la lésion pharyngée s'imposait au premier aspect comme après mûr examen.

Dans ce cas, le chancre siégeait sur la paroi postérieure du pharynx et en pleine ligne médiane, un peu au-dessus du niveau de la luette. On en distinguait tout aussitôt la moitié inférieure dès que le malade ouvrait la bouche; mais il fallait, pour en apercevoir le segment supérieur, soulever la luette avec une cuiller.

Ce chancre constituait une lésion absolument et nettement circonscrite, régulièrement orbiculaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ. Il était d'un gris rosé, avec quelques points jaunâtres. Légèrement exhaussé de fond, il offrait le type accompli du chancre érosif tendant à la forme papuleuse. Enfin, il était absolument indolore, à cela près d'une sensation vague de gêne gutturale se produisant de temps à autre.

De grosses adénopathies pharyngées témoignaient en pleine évidence du caractère chancreux de la lésion, laquelle, d'ailleurs, fut suivie à échéance classique d'une roséole des plus nettes et de divers accidents secondaires.

Le sujet sur lequel j'observai ce chancre était un jeune homme

(seize ans), encore vierge de toute approche sexuelle. Suivant toute vraisemblance, il devait la contagion à un raclage du pharynx qui avait été pratiqué sur lui, à propos de végétations adénoïdes, quelques semaines avant l'apparition du chancre (1).

CHANCRES DES NARINES ET DE LA PITUITAIRE.

Extrêmement rares. M. Chapuis, dans un intéressant travail publié en 1894, n'a pu en réunir que 22 cas.

Étiologie. — Souvent impénétrable, parce qu'elle résulte sans nul doute de contagions purement accidentelles, échappant à toute recherche. — D'autres fois, manifestement imputable à telle ou telle des trois origines suivantes: 1° Contact direct (baiser, caresse linguale, contact vulvo-facial, morsure, etc.); — 2° Transport du contage par les doigts souillés de pus ; — 3° Contaminations médiates de tout ordre, par mouchoirs, serviettes, éponges, instruments médicaux (stylets, spéculums, cathéters, sonde d'Itard, etc.). C'est à une contamination de cet ordre que fut due la célèbre épidémie de syphilis *par cathétérisme de la trompe d'Eustache* qui sévit à Paris il y a une trentaine d'années et qui fit de si nombreuses victimes.

Aspect clinique. — I. — Les chancres des narines et du vestibule nasal se présentent sous trois formes : 1° la forme *érosive* ; — 2° la forme *croûteuse* ou *impétigineuse*, dans laquelle le chancre, recouvert et masqué par une croûte jaunâtre ou brunâtre, revêt absolument les apparences de ces eczémas ou de ces impétigos circonscrits qui sont si communs dans cette région ; — 3° la forme *néoplasique*, où le chancre, devenu papuleux ou même papulo-hypertrophique, forme un mamelon, une tubérosité bourgeonnante, voire une petite tumeur susceptible d'obstruer ou même d'oblitérer une fosse nasale.

A noter que parfois une complication de *lymphite en nappe* peut, en envahissant tout ou partie du nez, donner le change pour un érysipèle et égarer absolument le diagnostic (cas de Chapuis et Thibierge).

II. — Les chancres de la pituitaire n'ont pu être vus et déterminés jusqu'à ce jour que dans la partie antérieure des fosses nasales. On les a observés le plus souvent sur la cloison, sous forme de lésions érosives ou papulo-érosives, rouges ou grisâtres.

CHANCRES DE L'ŒIL.

La première description en est due à Ricord (1850). Depuis lors, c'est-à-dire depuis que la possibilité d'une telle localisation pour le chancre est allée se vulgarisant, les contaminations de cet ordre

(1) L'examen au miroir révéla sur ce même malade deux autres lésions du nasopharynx qui, vraisemblablement, étaient aussi de qualité chancreuse.

sont devenues ou, disons mieux, ont paru devenir de plus en plus fréquentes.

Les chancres oculaires se répartissent tout naturellement en trois groupes, à savoir, par ordre de fréquence : chancres du bord ciliaire ; — chancres palpébraux ; — chancres de la conjonctive.

Étiologie. — Le chancre oculaire est notablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme. — Il s'observe à tous les âges, et on l'a même rencontré chez l'enfant et le nourrisson. — Il est particulièrement commun *chez les médecins*, au titre d'accident issu de contaminations professionnelles.

Souvent son étiologie reste inconnue, parce qu'elle dérive de circonstances accidentelles, fortuites, impossibles à retrouver par l'anamnèse. — D'autres fois, elle procède des trois origines suivantes :

1° Contact direct, réalisé surtout par le baiser. Exemples : Un étudiant en médecine transmit un chancre de la paupière supérieure à sa fiancée pour l'avoir embrassée sur l'œil alors qu'il était affecté de plaques muqueuses buccales. — Un enfant de huit mois contracta un chancre du grand angle de l'œil pour avoir été embrassé sur l'œil par sa tante affectée de plaques muqueuses amygdaliennes.

Bien plus rarement la contagion a dérivé de morsures, de succions exercées sur l'œil (en vue d'aspirer des épanchements sanguins palpébraux), ou bien encore de la répugnante pratique du *léchage* des paupières comme procédé d'extraction des corps étrangers de l'œil (observations du Dr Tepliaschin, relatives à trente-quatre sujets infectés de la sorte par une « magicienne » qui faisait profession d'extraire les corps étrangers de l'œil et de guérir les trachomes par le léchage de la conjonctive), etc.

2° Transport du contage par des procédés divers, à savoir : par les doigts souillés de pus syphilitique ; — par la sordide, mais bien commune pratique du débarbouillage des enfants avec de la salive ; — et surtout par la sputation, c'est-à-dire par la projection de bulles de salive entraînées par le courant expiratoire de la parole ou de la toux. Issues d'une bouche affectée de plaques muqueuses, ces bulles peuvent être chargées du contage syphilitique et, conséquemment, le déposer là où elles tombent. Or, bien plus que d'autres, et pour cause, les médecins sont exposés à recevoir sur le visage ces dangereuses projections, alors qu'ils examinent la bouche ou la gorge d'un syphilitique, et, plus spécialement encore, alors qu'ils pratiquent des cautérisations sur la gorge. J'en sais quelque chose pour ma part, car pareil accident m'est arrivé plus de vingt fois. C'est pour cela que je ne cesse de répéter aux élèves de mon service l'avertissement que voici : « Méfiez-vous bien, quand vous avez à pratiquer une cautérisation dans la bouche et surtout dans la gorge d'un syphilitique. Même averti de ce qu'on va lui faire, même se tenant sur ses gardes, le malade pourra ne pas résister, au moment où vous lui toucherez la

gorge, à un accès d'une toux réflexe, spasmodique, subite, intense, laquelle vous enverra une pluie de gouttelettes salivaires en plein visage. »

Aussi nombre de médecins ont-ils été victimes d'un tel mode de contamination, et cela toujours comme je viens de le dire, notamment à la suite de cautérisations de plaques muqueuses gutturales. Un professeur de notre Faculté, mort aujourd'hui, a été contagionné de la sorte. De même, ces années dernières, un interne de notre hôpital. Pour ma seule part, j'ai eu à traiter déjà cinq de nos confrères qui ont pris la syphilis de cette façon. L'histoire de l'un d'eux, qui n'est que l'histoire des quatre autres, se résume en ceci. Marié et mari modèle, ne s'étant exposé de vieille date à aucun risque de contagion, il vint me trouver un jour pour une lésion de la paupière supérieure, lésion érosive, rouge, large comme une amande, que je n'eus pas de peine à reconnaître pour un chancre syphilitique. Eh bien, six semaines auparavant, il avait reçu sur le visage et notamment sur les paupières une véritable pluie de gouttelettes salivaires, au moment où il cautérisait sur l'une de ses malades de Lourcine des plaques muqueuses confluentes de la gorge.

Particularité fort intéressante, qui doit trouver place ici. Sur les cinq confrères en question, trois m'ont assuré qu'après l'accident ils s'étaient tout aussitôt « lavé et bien lavé la figure ». Ce qui démontre — non pas, bien entendu, l'inutilité d'un lavage — mais la nécessité, en pareil cas, d'ablutions complètes, prolongées, minutieuses, et surtout secondées par des antiseptiques. M'est avis que la meilleure sauvegarde serait un débarbouillage immédiat et très soigneusement fait avec la liqueur de Van Swieten pure, sans coupage.

3° Contagions médiates. — Beaucoup plus communes qu'on ne pense et susceptibles de s'exercer par les procédés les plus divers, par les intermédiaires les plus inattendus : éponges, serviettes, mouchoirs, compresses, linges sales, eau sale ayant servi à un sujet syphilitique, procédé de la « cigarette mouillée » pour l'extraction des corps étrangers de l'œil, etc., etc.

Formes cliniques. — Variables suivant chaque localisation. Ainsi :

1° Le **chancre palpébral** n'a d'autres caractères que celui du chancre cutané. Rien de spécial à en dire.

2° Le **chancre du bord ciliaire** s'accuse généralement par une triade d'attributs qui le rendent aisément reconnaissable. — D'abord, il se présente sous forme d'un néoplasme, d'une véritable petite *tumeur* du bord ciliaire, tumeur généralement comparable à une moitié de noisette, ayant son grand axe parallèle au bord libre de la paupière, mesurant environ un centimètre à un centimètre et demi transversalement sur huit à dix millimètres dans le sens vertical. Cette tumeur fait une saillie de trois, quatre, cinq millimètres, voire davantage en

certains cas. Quelquefois au contraire, plus aplatie, elle représente à peu près une amande.

En second lieu, ce néoplasme palpébral, qui se laisse facilement saisir entre deux doigts en raison même de sa situation et qu'on peut explorer à l'aise en raison de son indolence, se montre tout à fait remarquable par sa *dureté*. Peu de chancres, en effet, offrent une induration aussi nette, aussi caractéristique. Tous les degrés de l'induration spécifique s'y trouvent représentés, depuis l'induration simplement lamelleuse, parcheminée, en « carte de visite », jusqu'à l'induration nodulaire, massive et en bloc. Quelquefois même ce chancre est véritablement cartilagineux, et l'on croirait, en le touchant, sentir un véritable calus. Inutile de dire quel intérêt diagnostique se rattache à un tel signe.

Enfin, la surface de cette petite tumeur est en général lisse, unie, de couleur *rouge*, voire assez souvent d'un rouge vineux ou chair musculaire ; tous attributs qui ne contribuent pas moins que les précédents à conférer à la lésion le cachet chancreux.

Quelquefois cependant cette surface est masquée par un revêtement croûteux, de couleur jaune foncé ou jaune brunâtre ou même d'une teinte presque noire ; et seule, alors, la petite portion du chancre qui empiète sur la conjonctive se présente à l'état d'érosion.

3° Enfin, le **chancre conjonctival** est susceptible de physionomies différentes suivant la localisation qu'il affecte.

Quand il siège (ce qui est le cas le plus usuel) au niveau du grand angle de l'œil, il reproduit à peu près exactement l'aspect du chancre ciliaire comme érosion de surface, comme néoplasie saillante, du volume d'un noyau de cerise en moyenne, et aussi comme dureté.

Au niveau du petit angle, il offre un autre type, à savoir celui du chancre dit *en branches de compas*. Occupant, en effet, l'extrémité externe des deux paupières, il est naturellement divisé en deux segments qui se réunissent au niveau de la commissure. Or, d'une part, tuméfiés par leur infiltration néoplasique, ces deux segments restent adossés et en contact réciproque ; si bien qu'on ne les distingue isolément que par écartement forcé de l'extrémité des paupières. D'autre part, leur point de réunion, qui répond à la commissure, est représenté par un sillon en rhagade, à ulcération entretenue et irritée par les mouvements des paupières, plus ou moins creuse, de mauvais aspect, quelquefois bordée du côté de la peau par une demi-couronne croûtelleuse.

Enfin, à l'instar de tous les chancres du bord palpébral, ce chancre commissuraire est toujours fortement induré, au point de simuler une production néoplasique, cancroïdienne. Et, en effet, plus d'une fois on l'a pris pour un cancroïde, au moins de prime abord, en raison de cette induration tout à fait insidieuse. Je connais même un cas où l'on a persisté dans ce diagnostic après mûr examen, et cela

jusqu'à proposer une intervention chirurgicale. Fort heureusement, on eut la prudence d'attendre, et l'explosion secondaire vint juger la question diagnostique.

Quant au chancre de la conjonctive proprement dite, il affecte toujours le type du *chancre étalé*, et cela soit qu'il siège sur la paupière, soit qu'il affecte (ce qui est plus rare) la muqueuse du globe oculaire. Il se présente usuellement avec des dimensions variables entre celles d'une grande lentille et celles d'une amande; — avec une configuration soit arrondie, soit ovalaire ; — sous forme d'une lésion érosive ou sub-ulcéreuse; — lésion à bords plats et sans entaillure ; — à fond rouge ou rouge jaunâtre, plus rarement gris, opalin ou même diphthéroïde.

Quand il siège sur la muqueuse palpébrale, son induration peut souvent être perçue à travers l'épaisseur des téguments ; mais elle échappe absolument lorsqu'il occupe la muqueuse bulbaire.

Ce chancre conjonctival éveille naturellement un éréthisme local qui se traduit par les signes usuels d'une conjonctivite (douleurs, ardeur, larmoiement, arborisation vasculaire, etc.). — Le plus souvent légère ou moyenne, cette conjonctivite symptomatique peut devenir assez intense, jusqu'à déterminer un certain degré de chémosis. La complication prime alors la lésion principale ; en sorte qu'une erreur possible à commettre et plusieurs fois commise est celle-ci : ne voir que la complication, l'épiphénomène, et laisser passer le chancre inaperçu.

Adénopathie satellite. — Elle se fait : 1° pour les chancres avoisinant l'angle externe de l'œil, dans le ganglion préauriculaire et les ganglions parotidiens ; — 2° pour les chancres situés près de l'angle interne, dans les ganglions sous-maxillaires.

En outre — et ceci est vraiment digne de mention — il n'est pas rare de rencontrer *en aval* des premiers ganglions touchés par le chancre d'autres ganglions qui, affectés de la même façon, sont situés plus bas, à savoir dans les régions sus et sous-hyoïdiennes, au-devant du sterno-mastoïdien. De sorte qu'en certains cas l'adénopathie du chancre oculaire est constituée par une véritable *chaîne de ganglions* qui, commençant au ganglion préauriculaire, se continue sur toute la région cervicale antérieure pour se terminer (et encore se termine-t-elle là ?) au voisinage du creux sus-claviculaire.

Évolution. Durée. — L'évolution des chancres oculaires ne présente pas de particularités spéciales.

Leur durée, naturellement variable suivant les formes morbides, oscille le plus habituellement entre cinq, six ou sept semaines.

Pronostic. — En tant qu'accidents locaux, les chancres oculaires sont généralement bénins.

Presque toujours ils aboutissent à ce qu'on appelle la *restitutio ad*

integrum, c'est-à-dire disparaissent sans laisser de reliquats, voire de cicatrice apparente.

Traitement. — Les chancres externes seront pansés comme des chancres de la peau. Rien de spécial à dire sur leur traitement.

Pour les chancres internes, non susceptibles de pansements, on se bornera à prescrire ceci :

Bains locaux, dans une œillère ; — fomentations, fréquemment répétées, avec une solution émolliente (camomille ou guimauve) employée tiède ou chaude ; — pulvérisations émollientes ; — lotions avec eau boriquée, en vue de prévenir les infections secondaires, etc.

Y a-t-il avantage à saupoudrer ces chancres de temps à autre, comme on l'a conseillé, avec du calomel, de l'oxyde jaune ou de l'iodoforme ; — ou bien à pratiquer sur eux quelques onctions avec la vaseline, la vaseline boriquée ou telle autre pommade (pommade au calomel, à l'oxyde jaune, à l'iodoforme, etc., etc.)? Je ne vois pas qu'une expérimentation suffisante se soit prononcée à ce sujet. Quant à moi, sans vouloir juger la question, je crois, d'après ce que j'ai vu, que le mieux est de *ne pas toucher aux chancres internes de l'œil*. Tous les topiques que j'ai mis en usage m'ont semblé les irriter, et je me suis toujours trouvé mieux de ne rien faire que d'intervenir localement par les poudres ou les pommades.

Quant aux attouchements avec la solution de nitrate d'argent ou avec le crayon, ils sont sévèrement proscrits par la majorité des ophthalmologistes.

Enfin, les complications (blépharite, blépharo-conjonctivite, etc.) seront combattues par les méthodes en usage contre cet ordre d'accidents (fomentations chaudes, antiphlogistiques, sangsues, atropine, au besoin scarifications sur le chémosis, etc.) (1).

CHANCRES DU VISAGE.

Peu communs (quarante cas seulement sur quatre cent quatre-vingt-quatre cas de chancre céphalique, dans ma statistique de ville).

Ils peuvent affecter, mais avec une fréquence inégale, les divers départements du visage. On en jugera d'après la statistique suivante

(1) Je n'ai observé qu'une seule fois l'*ophthalmie purulente* vraie comme complication du chancre oculaire. Il s'agissait, dans ce cas, d'un tout jeune enfant qui présentait, tout à fait au voisinage du grand angle de l'œil gauche, un large chancre ulcéreux, inflammatoire, et suppurant avec abondance. Sans doute, en dépit des précautions prises pour protéger l'œil, la conjonctive fut-elle touchée par la sécrétion du chancre. Toujours est-il qu'il se produisit une ophthalmie purulente de l'œil gauche, laquelle fut des plus violentes. — Cette ophthalmie guérit cependant, sous l'action de grands lavages très fréquemment répétés, de cautérisations au nitrate d'argent et de scarifications de la muqueuse.

(dressée d'après mes chiffres personnels et les relevés de mon service d'hôpital) :

Chancres du menton	54
— de la joue	24
— du nez	13
— du front	2
— des tempes	1
Total	94

Le menton est donc ici le siège favori du chancre.

Étiologie. — I. — D'abord, la contamination faciale procède de la plupart des causes qui sont communes aux chancres extra-génitaux. C'est dire qu'elle peut dériver soit de contacts directs (contagion génito-faciale ; bien plus souvent, contagion par le *baiser*, baiser de l'amour ou baiser de l'amitié, n'importe ; morsure ; succions, etc.) ; — soit de contacts indirects (transmission par les doigts, par salive projetée hors la bouche) ; — soit encore de contaminations médiates par un intermédiaire inanimé quelconque (serviette, mouchoir, compresse, éponge, linge de pansement, masque, etc.). Comme spécimen, je relaterai le cas suivant :

Dans un taudis effroyable de malpropreté vivait un ménage des plus misérables, composé du père, de la mère et de trois jeunes enfants. La mère, femme de mœurs plus que légères, vint à contracter la syphilis. Naturellement elle la transmit à son mari. Mais, en outre, elle la transmit aussi à ses trois enfants, et comment cela ? Par l'intermédiaire d'une loque immonde qui servait de débarbouilloir à *toute* la famille et que, faute d'eau, elle mouillait avec sa salive pour nettoyer la figure des enfants. — A noter, à la vérité, que ces trois enfants étaient tous affectés d'impétigo facial, ce qui constituait une porte d'entrée pour le contage. Toujours est-il que tous trois furent infectés. Le plus jeune contracta en pleine joue un chancre induré énorme, suivi d'une syphilis grave à laquelle il succomba. Les deux autres furent affectés de chancres labiaux. (Dr Monnet.)

II. — Mais à ces causes banales s'ajoute ici une cause de contamination spéciale à la face, c'est la contamination par le **rasoir**, celle-ci infiniment plus commune qu'on ne le croit généralement.

La rasure faite chez un coiffeur, avec le rasoir banal qui sert à tout le monde et qui n'est presque toujours que très imparfaitement nettoyé, constitue bien sûrement un danger de contagion. Ce danger s'est déjà traduit maintes fois par l'éclosion sur le visage, notamment au menton, de chancres syphilitiques qui ne pouvaient être rapportés à aucune autre origine. Les observations du genre abondent et surabondent et, sinon pour toutes, au moins pour un certain nombre, sont irrécusables ; irrécusables, oui, et à divers titres :

1° De par leur fréquence même. Je répète que de tous côtés, dans tous les pays, on a relaté des contagions de cet ordre.

2° De par les circonstances particulières à plusieurs de ces faits. Quelques exemples.

Un homme de soixante-cinq ans, « ne s'étant exposé depuis dix ans à aucun risque de contagion », se fait raser, en voyage, chez un perruquier. L'opérateur, peu adroit, le coupe au menton et appuie le doigt sur la blessure pendant quelques minutes pour arrêter le sang. Quatre semaines après, apparaît, au niveau même de la coupure, une lésion qui devient un chancre syphilitique.

Un homme, qui avait coutume de se faire la barbe lui-même, va par hasard se faire raser chez un coiffeur et remarque même que l'individu qui le précède immédiatement entre les mains de l'opérateur « porte de singuliers boutons sur le visage ». Quelques semaines après, il est affecté d'un chancre sur la joue.

Deux amis vont se faire raser chez un coiffeur, dans une ville d'eaux minérales très fréquentée par les syphilitiques. Tous deux contractent la syphilis à normale échéance après cette rasure, l'un par un chancre du menton et l'autre par un chancre de la joue.

3° D'ailleurs, quoi de plus probant en l'espèce que la considération suivante, pour démontrer que la contagion par le rasoir est de celles qui sont fatalement destinées à se produire? Ainsi que je le disais dans l'une de mes *Leçons cliniques*, « est-ce que les gens qui ont coutume de se faire raser chez le coiffeur renoncent tout aussitôt à cette habitude, pour se raser eux-mêmes, dès qu'il leur arrive de contracter la syphilis? Pas le moins du monde. Ils continuent, comme par le passé, à se faire raser chez le coiffeur; cela, je l'affirme, pour avoir interrogé sur ce point quantité de mes malades d'hôpital ou de ville. Et, qui plus est, ils continuent à se faire raser chez leur coiffeur quoi qu'il leur arrive à la face, qu'ils aient ou non dans la barbe ce qu'ils ont si souvent, à savoir des papules, des papulo-croûtes, des pustules, des ulcérations. Que dis-je! J'en aurais plus de trente à citer qui ont continué à « fréquenter » chez le coiffeur *avec des chancres de la face* (chancres du menton, chancres des lèvres, chancres sous-nasaux, chancres parotidiens, etc.). D'ailleurs, ce matin même, n'avez-vous pas entendu un de nos malades, affecté de deux chancres ulcéreux du menton, nous raconter « qu'il » n'avait jamais cessé de se faire faire la barbe chez son perruquier » jusqu'au matin même du jour où il est entré dans nos salles »? Je vous laisse à penser si avec ses deux plaies en pleine suppuration il a pu contaminer le rasoir qui lui a servi. »

III. — Troisième fait, très digne de mention : *Dans l'enfance, le chancre facial est le plus commun de tous les chancres extra-génitaux.* A preuve la statistique suivante :

Chancres extra-génitaux observés chez l'enfant :

Chancres des lèvres		8 cas.
—	des joues	2 —
—	du nez	1 —
—	de l'œil (paupières)	2 —
—	de la langue	1 —
—	du cou	3 —
—	de l'anus et de la région péri-anale	4 —
—	du bras (vaccination)	5 —
	Total	26 cas.

Donc, treize cas de chancres faciaux sur vingt-six chancres extra-génitaux, c'est-à-dire un sur deux.

Et cela se conçoit, car l'enfant reçoit surtout la syphilis du baiser. D'abord, il est « embrasseur » de nature et embrasse n'importe qui. — Réciproquement, l'enfant est embrassé plus souvent encore qu'il n'embrasse, et, de même encore, embrassé par n'importe qui. — D'autre part, les enfants s'embrassent souvent entre eux. — Puis encore, ils ont pour habitude de se prêter leurs joujoux, qu'ils ne manquent guère de porter à leur bouche et de promener sur leur visage tout imbibés de salive. — Finalement, mais cela est plus rare, ils sont parfois contagionnés au visage par leurs nourrices. Exemple : Un tout petit bébé contracta de sa nourrice, affectée de chancres mammaires, un chancre de la lèvre et un chancre de la joue.

Nombre. — Les chancres faciaux sont généralement uniques; cependant on les a vus multiples, c'est-à-dire au nombre de deux, trois, et, bien plus rarement, quatre. — Une observation du Dr Pétrini (de Galatz) est relative à un homme qui fut affecté de six chancres sur la moitié gauche du visage, à savoir : quatre sur la joue, un sur la paupière supérieure, et un autre (le plus étendu) au niveau de la région parotidienne.

Une particularité singulière est la multiplicité assez commune du chancre du *menton*. On a rencontré sur le menton trois, quatre, cinq, six, sept et jusqu'à huit chancres syphilitiques. Vraisemblablement cette multiplicité presque extraordinaire doit dériver des petits traumatismes de la rasure, de la même façon que la multiplicité du chancre pénien chez les galeux s'explique par les traumatismes de l'acare et du grattage. Il y a là, me semble-t-il, un rapprochement qui s'impose.

Formes cliniques. — En leur qualité de chancres cutanés, les chancres du visage affectent les modalités objectives propres à tous les chancres de la peau, n'importe le siège.

C'est dire, tout d'abord, qu'ils se divisent, comme d'usage, en deux grands groupes relativement à leurs apparences objectives. Tantôt ce sont des chancres *croûteux*, et tantôt ce sont des chancres *à découvert*.

C'est dire aussi que, suivant des conditions diverses, ils peuvent se présenter sous tel ou tel de ces deux types, voire alternativement. Non traités, ce sont des chancres croûteux; soumis à un pansement, ce sont des chancres « à vif ». Il n'est même pas rare que tour à tour le même chancre affecte l'une et l'autre de ces deux modalités objectives.

Comme caractères cliniques et comme évolution, ils ne présentent rien de particulier, et comportent toutes les variétés du chancre en général. Ainsi, tantôt ils sont simplement érosifs, et tantôt ils affectent la modalité ulcéreuse. — De même, tantôt ils sont petits, superficiels, et réduits aux proportions d'une lésion plus que bénigne, presque insignifiante; et tantôt, au contraire, ce sont de grands chancres, comparables comme étendue à une pièce d'un ou de deux francs, voire, mais plus rarement, d'un vieil écu. — A des degrés divers, leur induration est toujours nettement accentuée, et l'on peut même dire que, de toutes les régions du corps, la région faciale est l'une de celles où l'induration du chancre se formule le mieux, souvent même avec une réelle exubérance.

Une seule de leurs formes mérite une description particulière, parce que, d'une part, elle n'est pas rare et parce que, d'autre part, elle expose aux plus regrettables erreurs; c'est la forme dite **chancre hypertrophique du visage**. Celle-ci, constituée anatomiquement par un néoplasme exubérant qui se projette hors la peau, se caractérise par ce qu'on appelle un *gros chancre*, un chancre tubéreux, condylomateux, protubérant. Cette saillie extra-tégumentaire du chancre se fait ou bien sous forme de plateau, ou bien en segment de sphère (chancre dit *en cabochon*). Elle mesure comme relief 3, 4, 6, 8 millimètres. On l'a vue s'élever jusqu'à un centimètre, auquel cas le chancre réprésente littéralement une petite *tumeur*.

L'exubérance de ce néoplasme peut même s'exagérer encore et constituer de véritables *monstruosités* par rapport au type usuel du chancre. A preuve une pièce déposée par le professeur Trélat au musée de Saint-Louis, pièce relative à deux chancres ultra-hypertrophiques du menton, qui émergent de la peau à la façon de grosses tubérosités ulcéreuses, et cela avec un relief, une configuration, une physionomie générale que ne désavouerait pas un cancer.

Diagnostic. — Facile en général, mais facile à une condition sur laquelle il me faut incessamment revenir à propos de n'importe quel groupe des chancres extra-génitaux et qui n'est autre que celle-ci : c'est qu'on veuille bien *penser au chancre* et lui laisser une place dans le groupe des hypothèses à discuter sur la qualité d'une lésion faciale.

Le chancre facial, en effet, s'atteste par toute une série de signes, notamment par les quatre suivants :

1° Sa qualité de *lésion circonscrite*, de lésion nettement délimitée, et reposant à froid sur des tissus sains ;

2° Son *induration*, aisément accessible et presque toujours bien accentuée, souvent même excessive, exubérante ;

3° Son *adénopathie* ;

4° Son *évolution*, c'est-à-dire son caractère de lésion à croissance rapide et hâtivement accomplie, de lésion parvenant à son apogée en une moyenne de quinze jours. Signe très essentiel, signe majeur, en ce qu'il suffit par lui seul à différencier le chancre d'autres lésions à évolution lente ou même chronique, telles que l'épithéliome et le lupus.

Sans compter — mais ceci n'est plus qu'éventuel — que le chancre peut encore s'accuser par d'autres caractères d'objectivité, à savoir : par sa surface lisse, unie, vernissée, et surtout par une belle couleur rouge « chair musculaire ».

Et cependant des erreurs nombreuses ont été commises à propos du chancre facial. Ces erreurs sont surtout de deux ordres. Ainsi :

I. — Dans sa forme *bénigne*, alors qu'il consiste seulement en une petite lésion croûtelleuse, croûteuse, érosive ou sub-ulcéreuse, le chancre facial court risque — et cela plus facilement qu'on ne le pense — d'être pris pour un placard d'impétigo ou d'eczéma, pour un groupe d'herpès encroûté, pour un bouton d'acné, pour une engelure, pour un traumatisme (écorchure, éraflure, coupure de rasoir, etc.), pour un furoncle, etc.

Comme exemple, une curieuse observation de mon regretté collègue Hanot est relative à un chancre nasal qui, « exactement situé au bout du nez, croûteux et encadré par une légère aréole rougeâtre, fut longtemps considéré par plusieurs médecins pour une simple *engelure*, jusqu'au jour où l'explosion secondaire vint enfin démontrer l'erreur ».

L'induration et l'adénopathie tiendront en garde contre cet ordre de méprises.

II. — Les chancres exubérants, à gros néoplasme, peuvent être confondus soit avec les syphilomes tertiaires de forme tuberculo-crustacée ou tuberculo-ulcéreuse (erreur d'objectivité, qui sera redressée par les commémoratifs, l'adénopathie, l'évolution morbide, etc.); — soit encore, et ceci est bien autrement grave, avec l'**épithéliome**. Il est certain, en effet, que parfois ils en arrivent, par l'exagération de leur néoplasme, par leur dureté et leur « mauvaise mine », à simuler l'épithéliome. Plusieurs fois ils ont été diagnostiqués comme tels. Et, qui plus est, on aurait à citer quelques observations où l'on a bel et bien enlevé, excisé, en tant que lésions cancéreuses, des chancres de la face. Anderson, par exemple, relate un cas où un chancre induré de la joue, pris pour un cancroïde, a donné lieu à une intervention opératoire. J'ai rencontré deux cas de ce genre

dans ma pratique de ville, notamment celui d'un chancre du menton qui a été enlevé par un chirurgien justement célèbre, mais à coup sûr étranger à la syphiligraphie. — Et je dois encore à mes collègues connaissance de quelques autres faits tout semblables.

Sans revenir ici sur un diagnostic différentiel que j'ai longuement étudié dans ce qui précède (Voy. p. 137), je me bornerai à rappeler qu'en l'espèce, indépendamment des signes fournis par l'objectivité, le jugement du médecin sera surtout éclairé par les deux considérations suivantes :

1° Évolution très différente, absolument différente pour le chancre et l'épithéliome ; — le chancre, en effet, constituant une lésion aiguë, à croissance rapide et promptement accomplie ; — parvenant à son apogée en une quinzaine environ ; — restant au delà stationnaire, pour ne plus tendre qu'à décroître, se réparer et disparaître ; — l'épithéliome, inversement, consistant en une lésion à développement lent ; — n'atteignant qu'au prix de mois l'importance que prend le chancre en deux ou trois semaines ; — affectant, enfin, une croissance continue, permanente, indéfinie.

2° Avec le chancre, adénopathie pour ainsi dire immédiate, nettement formulée dès le second septénaire ; — avec l'épithéliome, adénopathie faisant longtemps défaut, pour n'entrer en scène qu'après plusieurs mois.

III. — A noter, enfin, que le **sycosis**, soit simple, soit parasitaire, peut aboutir, dans ses formes tubéreuses, à constituer, sur le visage, de volumineuses tumeurs en forme de « tête de champignon », grosses comme une olive, une demi-noix, une moitié d'abricot, à surface ulcéreuse ou recouverte de croûtes. Des tumeurs de cette importance et de cet aspect sont certes bien de nature à donner le change, et plusieurs fois (notamment dans un cas relaté par Dubreuilh) on les a prises pour des chancres hypertrophiques. Cependant une analyse attentive des symptômes éclairera bientôt le diagnostic. Car :

1° Le tubercule sycosique se présente toujours avec une allure inflammatoire, disons même phlegmoneuse, laquelle fait défaut avec le chancre.

2° Pressé entre les doigts, il laisse généralement sourdre du pus par une multiple série d'orifices dont il est criblé « en écumoire ».

3° A sa surface, les poils ont perdu toute adhérence. On les cueille à la pince plutôt qu'on ne les arrache, à ce point que, suivant l'expression consacrée, ils semblent « implantés dans du beurre ».

4° Au pourtour du tubercule sycosique on trouve presque toujours soit de petites pustules à base rouge, soit des plaques de pityriasis alba.

5° Le microscope, enfin, dans le cas de sycosis parasitaire, révélera facilement les éléments caractéristiques du trichophyton.

CHANCRES DE L'OREILLE.

Extrêmement rares. Je n'en ai vu que 4 cas, tous observés à l'hôpital. — Quelques autres ont été signalés par divers auteurs.

Dérivent soit le plus souvent du baiser; — soit quelquefois d'une morsure; — soit d'un transport du contage par les doigts; — soit enfin de contaminations médiates, comme dans un cas de Righter, relatif à un chancre syphilitique qui se développa sur une brûlure de l'oreille après application d'un morceau de taffetas d'Angleterre humecté de salive par un sujet affecté de syphilides buccales.

Siègent sur le pavillon; — plus rarement au méat auriculaire ou sur le trajet du sillon auriculo-temporal.

Rien de spécial à dire de leur symptomatologie. — A signaler cependant qu'en deux cas je les ai vus prendre une forme phagédénique et se compliquer de phénomènes infectieux véritablement graves.

CHANCRES DU CUIR CHEVELU.

Tout à fait exceptionnels (10 cas dans toute la science, d'après le Dr Ritter).

Dérivent soit du baiser, soit de transports contagieux par les doigts, soit de contagions médiates, etc.

Deux exemples : Dans un cas qui m'est personnel, la contagion avait bien sûrement résulté du *baiser*. Il s'agissait d'une femme mariée, de moralité au-dessus de tout soupçon. Son mari, affecté de syphilis et notamment de syphilides buccales, ne l'embrassait plus « par précaution » que sur les cheveux. Ce fut donc par un baiser, sans aucun doute (car aucune autre cause ne put être révélée par l'enquête étiologique), que ledit mari transmit la contagion à sa femme, et cela sur la ligne médiane du cuir chevelu, exactement au niveau de la ligne de coiffure dite vulgairement la « raie ».

D'autre part, une observation de Pellizzari est relative à un jeune enfant qui fut contagionné au cuir chevelu par un *peigne*, lequel venait de servir à un autre enfant affecté de syphilides pustuleuses du cuir chevelu.

Rien de spécial dans la symptomatologie de ces chancres qui se sont toujours présentés sous la forme papulo-érosive ou papulo-croûteuse.

CHANCRES DU COU, DU TRONC ET DES MEMBRES.

En tant que lésions cutanées, les chancres de ces diverses régions se ressemblent tous plus ou moins D'autre part, au point de vue

étiologique, ils relèvent tous (à cela près de quelques exceptions) de causes identiques ou analogues. Il y a donc avantage, pour éviter les redites, à les comprendre tous dans une description commune.

Leur *fréquence relative* ressortira de la statistique suivante, empruntée à mes notes de ville :

I.	Chancres du cou		3
II.	Chancres du thorax		22
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres du sein	19	22
	— de la région antérieure du thorax	1	
	— — postérieure du thorax	1	
	— de l'aisselle	1	
III.	Chancres de l'abdomen		16
IV.	— de l'aine		3
V.	— des fesses		4
VI.	Chancres du membre supérieur		57
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres de l'épaule	1	57
	— du bras	9	
	— de l'avant-bras	1	
	— de la main	46	
VII.	Chancres du membre inférieur		5
	Se décomposant ainsi :		
	Chancres de la cuisse	4	5
	— de la jambe	1	
	Total		110

A noter, comme interprétation de quelques-uns de ces chiffres qui pourraient paraître surprenants au premier abord :

1° Que l'excès de fréquence relative des chancres du *membre supérieur*, qui figurent au premier rang dans la statistique précédente (57 sur 110), est dû à deux causes : la *vaccination*, d'où dérive parfois la syphilis ; — et la *contagion de la main*, souvent infectée par contact avec les organes génitaux ou, plus souvent encore, par inoculations professionnelles chez les médecins, les sages-femmes, les étudiants en médecine ;

2° Que la fréquence notable des *chancres thoraciques*, exprimée dans la même statistique par le chiffre 22 (sur 110) ne traduit en réalité que la fréquence du chancre mammaire, chancre spécial par son origine la plus habituelle, à savoir l'allaitement (19 cas sur 22) ;

3° Que la fréquence des *chancres abdominaux* (16 sur 110) n'est due qu'à celle des chancres sus-pubiens, c'est-à-dire de chancres voisins des organes génitaux et dérivant de contagions génitales.

Étiologie. — Un premier point à noter, c'est qu'assez souvent l'origine de ces chancres à siège insolite, bizarre, reste impénétrable, en dépit d'enquêtes minutieuses, sérieuses, aussi complètes que possible. Rien que de naturel à cela. Puisque les chancres en ques-

tion sont extraordinaires de siège, c'est que forcément ils dérivent de causes extraordinaires, donc très difficiles, voire impossibles à retrouver.

Le plus souvent toutefois on arrive à les rattacher à tel ou tel des groupes étiologiques suivants :

I. — *Contagion directe*, procédant des organes génitaux, à savoir : de la verge, qui plus d'une fois a porté directement le contage à l'abdomen, aux fesses, à la cuisse, aux seins, voire aux jarrets et à l'ombilic ; — ou bien de la vulve, comme dans les cas suivants, pris comme exemples :

Un de mes clients a pris la syphilis pour avoir fait danser sur sa *cuisse* une jeune femme qui était affectée à cette époque de nombreuses plaques muqueuses vulvaires et périvulvaires. Comme les deux acteurs de cette scène joyeuse se trouvaient dans un costume tout à fait primitif, l'inoculation se fit aisément de la vulve à la région crurale antérieure.

Une jeune femme avait la garde d'un tout jeune enfant issu de parents syphilitiques, syphilitique lui-même et présentant aux fesses des accidents secondaires en pleine suppuration. Comme il lui arrivait fréquemment de prendre cet enfant dans ses bras, alors même qu'il était sans pansement, et de le porter sur son avant-bras *nu*, elle contracta de la sorte un *chancre de l'avant-bras*, et cela exactement au point où, dans cette attitude, les fesses de l'enfant reposaient sur la partie moyenne de la région radiale.

Un acrobate fut contagionné à la *nuque* par des plaques muqueuses vulvaires, en portant à califourchon sur ses épaules nues une jeune artiste de sa troupe.

Mais, bien plus souvent, la contagion dérive de la bouche. Très nombreuses sont les observations dans lesquelles la bouche a transmis la syphilis par le baiser à divers points du corps (nuque, thorax, sein, abdomen, cuisse, jambe), voire jusqu'au pied (dans un cas relaté par Leloir).

D'ailleurs la bouche n'est pas seulement dangereuse par ses tendresses; elle l'est aussi par ses colères (à preuve de nombreux cas de chancres transmis par *morsures* au cou, au thorax, au bras, à l'avant-bras, à l'abdomen, au creux poplité, etc.). — Elle peut l'être aussi par *succion*, comme on l'a vu dans un cas relaté précédemment.

A mentionner aussi dans ce paragraphe le danger peu connu, mais très authentique, de *greffes* empruntées à un sujet syphilitique (cas de Deubel) (1).

(1) Voici le résumé de ce cas curieux :

Un homme était affecté d'une vaste ulcération consécutive à un érysipèle gangreneux. La plaie tardant à guérir, on résolut d'en activer la cicatrisation par la méthode des greffes épidermiques. Cette opération faite, tout marchait pour le mieux, lorsqu'un mois après l'application des premières greffes on vit se produire, au sein de tissus en pleine réparation, une ulcération nouvelle, étrange d'aspect, creusée en godet, extensive, progressive, etc. Bref, cette plaie singulière n'était

II. — *Contagion indirecte, contagion médiate.* — Quelquefois le contage a été porté sur divers points du tronc et des membres par les doigts imprégnés de virus, ceux-ci restant d'ailleurs indemnes.

Mais, d'une façon incomparablement plus fréquente, la contagion s'est exercée *médiatement* par un intermédiaire inanimé *quelconque*. Tout naturellement, il est certains intermédiaires qui, plus souvent que d'autres, servent d'agents à ce mode de contamination. Citons comme tels :

Tous les objets ou instruments d'usage médico-chirurgical : taffetas, baudruches gommées qu'on a coutume (sordide et dangereuse coutume) d'humecter avec la salive ; — bistouris, lancettes, scarificateurs, seringue de Pravaz, ciseaux, stylets, canules, serres-fines, bassins, verres à ventouses, porte-crayons, pinceaux, charpie, compresses, éponges, etc., etc. — Quelques exemples, pris au hasard entre cent autres de même ordre :

Un petit bébé de quatre ans jouait aux Tuileries avec sa bonne. En courant, il tombe, et se fait une légère éraflure à un genou. Une dame (restée inconnue), qui se trouvait là, tire de son porte-monnaie un morceau de « taffetas d'Angleterre », le mouille *dans sa bouche* et le colle sur le genou de l'enfant. Deux jours après, la petite plaie était sèche. Mais, quatre semaines plus tard, elle se rouvrait et dégénérait en un chancre, qui fut suivi d'accidents généraux.

Kobner a relaté un cas dans lequel on vit un chancre syphilitique succéder à l'incision d'un abcès de l'aisselle.

Dans un autre cas, ce fut un furoncle de la fesse qui, incisé à la lancette, se transforma, quelques semaines plus tard, en un chancre syphilitique.

Je tiens d'un de mes collègues et amis, médecin des plus distingués, qu'il est « malheureusement *certain* d'avoir transmis la syphilis à l'un de ses malades par une seringue de Pravaz qui avait servi tout récemment à plusieurs sujets syphilitiques ».

La **saignée** a été plusieurs fois l'origine de contaminations spécifiques, surtout à l'époque où cette opération était confiée à de simples barbiers, coutume qui, paraît-il, se conserve encore en certains pays, à en juger par le cas suivant :

En 1876, un barbier d'Autriche saigne trois malades, deux sur ordonnance de médecin et le troisième de son chef. Sur les trois opérés des signes locaux de syphilis se manifestent au siège même de la saignée et sont suivis, à normale échéance, d'accidents généraux. — Le barbier est poursuivi, jugé et condamné à quatorze jours de prison avec amende.

rien autre qu'un chancre, un chancre syphilitique, qui fut suivi, à normale échéance, d'une explosion secondaire irrécusable, sous forme de roséole et de plaques muqueuses. Alors on ouvrit une enquête, et l'on découvrit que le fils du malade, à la peau duquel plusieurs greffes avaient été empruntées, se trouvait, à cette époque même, en pleine syphilis secondaire.

De même la pratique du **ventousage**, abandonnée autrefois à des barbiers, à des garçons barbiers, voire à des empiriques qui promenaient de village en village leur baraque de saltimbanques, a donné lieu à de nombreuses contaminations de syphilis.

Elle a même constitué de véritables *épidémies* de syphilis. Ainsi Duncan Bulkley, avec l'admirable érudition qui lui est familière, n'a pas collectionné moins de *treize* épidémies de syphilis résultant de contaminations par les ventouses, à savoir : sept dans les siècles qui ont précédé le nôtre, et six dans le XIXe siècle, celles-ci toutes en Russie. Et ce n'est pas sans raison qu'il les a qualifiées du nom d'épidémies; car le nombre des victimes, dans les cas où il a pu être fixé, s'est élevé, paraît-il, aux chiffres exorbitants que voici : 11 ; — 14 ; — 14 ; — 17 ; — 20 à 30 ; — 70 à Nuremberg, en 1599 ; — 70 à Windsheim (Bavière), en 1624 ; — 80 à 90 à Topparla (Finlande) ; — 180 à Brunn (Moravie) ; — et enfin 200 à Hakola (Finlande) !

De telles monstruosités ne laissent pas que de provoquer l'étonnement. Mais cet étonnement cesse alors qu'on descend aux détails et qu'on apprend ceci, par exemple : que l'épidémie d'Hakola, qui ne fit pas moins de 200 victimes en 1858, procéda d'une femme syphilitique qui exerçait la profession de ventouseuse et qui avait pour habitude « de laver ses verres avec sa salive » !

Enfin, il est un dernier mode de contamination médicale sur lequel je me ferai un devoir d'insister d'une façon toute spéciale. C'est la contamination transmise par le **crayon de nitrate d'argent**.

Je crois, je suis persuadé que des infections syphilitiques peuvent résulter de *cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent*, telles qu'on les fait usuellement, c'est-à-dire avec un crayon *banal*, servant à tout le monde, et continuant à servir de la sorte tant qu'il n'est pas absolument usé. Si ce crayon a touché une plaie syphilitique, je le tiens pour suspect, pour dangereux, et m'est avis qu'il peut transmettre la syphilis.

Cette conviction, je la dois à un certain nombre de cas que j'ai observés en ville (car c'est surtout dans la clientèle de ville qu'on est en situation de surprendre et de suivre des faits de ce genre) et dont voici le résumé :

D'abord, j'ai vu plusieurs fois des plaies simples de la verge se transformer en chancres syphilitiques après des cautérisations au nitrate d'argent, et cela en des conditions où cette transformation n'était possible à expliquer par aucune cause, par quoi que ce soit d'autre que l'attouchement de la plaie par le crayon.

En second lieu, j'ai dans mes notes plusieurs cas de chancres anaux et périanaux qui se sont produits dans des circonstances telles qu'ils ne pouvaient guère être imputés qu'à une contamination accidentelle dérivant de cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

D'une part, en effet, les chancres en question s'étaient produits sur des sujets à propos desquels une contagion directe n'était guère admissible, par exemple sur une bonne vieille dame veuve et des plus respectables. D'autre part, ces chancres s'étaient invariablement produits dans les mêmes circonstances, à savoir : toujours sur d'anciennes lésions anales ou périanales (eczéma, fissure, fistule, hémorroïdes, érosions hémorroïdaires, etc.) ; — toujours à la suite de cautérisations au crayon ; — et toujours (qu'on note bien ce point) avec l'incubation usuelle à la syphilis. — Donc, dans ces divers cas, tout un ensemble de considérations semblait bien, comme pour les cas précédents, incriminer le crayon argentique et le dénoncer comme coupable de la contagion.

Mais enfin, je l'avoue, tous ces cas — auraient-ils même été plus nombreux — prêtaient le flanc à des objections diverses et ne contenaient pas les éléments d'une démonstration véritable, lorsque enfin s'offrirent à moi deux observations bien autrement probantes, qui fixèrent mes convictions. Les voici :

Un de nos confrères, célibataire, n'avait eu depuis plus de *six mois* « aucun rapport sexuel, aucun contact vénérien de n'importe quel genre », lorsqu'il lui arriva d'être affecté à la verge, dans la rainure glando-préputiale, de deux minuscules érosions de balano-posthite, consécutives à une omission forcée de soins d'hygiène pendant un très long voyage en chemin de fer. Il eut alors la malencontreuse idée, pour hâter la cicatrisation de ces deux petites plaies, de les cautériser, et il les cautérisa. Les plaies se fermèrent presque aussitôt. Mais, quelques semaines plus tard (et cela en l'absence de tout rapport, de tout contact vénérien), il se produisit sur leur emplacement deux lésions nouvelles, lesquelles devinrent des chancres syphilitiques indéniables, d'ailleurs suivis, dans les délais classiques, de symptômes d'infection générale. Or, notre confrère s'était servi, pour cautériser les plaies en question, de *son* crayon de nitrate d'argent, crayon avec lequel il avait eu l'occasion, « quelques semaines et quelques jours auparavant, de cautériser plusieurs lésions syphilitiques de forme érosive ou ulcéreuse ».

Second cas. Un jeune homme se fait une brûlure au doigt médius, le 8 août (notez bien les dates, c'est essentiel en l'espèce). — Peu après il est appelé à faire ses vingt-huit jours de service militaire. La plaie tardant à se cicatriser, on la cautérise dans un hôpital militaire, le 27 août, et on la cautérise (le malade est très formel et très affirmatif sur ce point, qu'il dit avoir positivement remarqué) avec un crayon de nitrate d'argent « qui venait de servir à cautériser la bouche de plusieurs soldats syphilitiques et affectés à la bouche de lésions syphilitiques ». — La plaie cependant s'améliore et paraît tendre à se cicatriser ; puis, tout à coup, elle se modifie, se transforme. Bref, le malade nous arrive ici en octobre avec un chancre du doigt, chancre syphilitique des mieux caractérisés et bientôt suivi d'accidents généraux.

Dans ce cas, donc, nul doute possible. C'était bien d'une cautérisation au nitrate d'argent que dérivait la contagion. Mon éminent

collègue le Dr Besnier, à qui je fis part de ce fait en lui montrant le malade, partagea absolument mon avis, d'après la chronologie morbide, sur l'origine de la contagion.

Un cas de même ordre a été observé par le Dr W. Taylor.

Donc, le fait paraît hors de contestation. Positivement *l'infection syphilitique peut dériver d'un crayon infecté de syphilis.*

Ce point essentiel établi, une question secondaire se présente. Dans les contaminations de cet ordre, d'où procède l'infection? Quel est le coupable, du crayon proprement dit, ou du porte-crayon, c'est-à-dire de la pince métallique qui soutient le bâton de pierre infernale?

Il paraît peu vraisemblable que ce soit le crayon, étant données les qualités chimiques du nitrate d'argent, corps destructeur des molécules organiques. Bien plus probablement, c'est le porte-caustique, et cela dans les deux conditions où l'armature métallique peut être mise en contact avec la plaie au moment de la cautérisation, à savoir : 1° lorsque le crayon est promené obliquement ou presque horizontalement sur la plaie; — 2° lorsque le crayon est très court, usé et réduit à un simple tronçon qui dépasse à peine l'extrémité de la pince. — On conçoit, en effet, que sur cette pince, faite d'un métal indifférent, le virus ou le microbe puisse se conserver sans décomposition, c'est-à-dire en état de *viabilité* propice à une transmission.

Donc, vraisemblablement et sous toutes réserves, c'est le porte-caustique surtout et peut-être bien le porte-caustique *seul* qui est dangereux en l'espèce.

Mais, au surplus, peu importe; car cette dernière question n'est, je le répète, que d'ordre secondaire. L'essentiel, c'est le fait en lui-même, à savoir le danger de transmission syphilitique par les cautérisations au crayon.

De ce groupe je rapprocherai les contaminations par le **tatouage**. — Pour celles-ci, l'agent infectieux est presque toujours la salive d'un opérateur affecté de syphilides buccales, comme l'a démontré l'expérience, et la transmission se fait ou bien parce que ledit opérateur porte à sa bouche l'aiguille à tatouer; — ou bien (ce qui paraît plus fréquent) parce qu'il délaie ses couleurs avec sa salive, — ou bien encore parce qu'il essuie avec sa salive le dessin qu'il est en train de tracer sur la peau, alors que ce dessin vient à être masqué par le sang; — ou bien enfin par le concours de plusieurs de ces conditions.

Si le tatouage était sporadique (qu'on me passe l'expression), il ne ferait pas grand nombre de victimes. Mais c'est que tel il n'est pas précisément. Bien au contraire, il est essentiellement *épidémique*. Au régiment, quand un soldat se fait tatouer, il est de règle que bon nombre de ses camarades se fassent tatouer également, et cela par

esprit d'imitation, par entraînement; on n'ose pas ne pas faire « comme les amis ». Bref, il en est du tatouage comme de la vaccine; l'un et l'autre procèdent *par fournées*. De là cette conséquence qu'une contamination par le tatouage reste bien rarement isolée. Presque toujours elle fait un certain nombre de victimes. Ainsi, dans un cas relaté par le Dr Robert, 3 cavaliers du même régiment, sur un nombre de 8 tatoués, furent infectés de syphilis. En d'autres cas, on a compté 3, 5, 6, 9, 12, 15 et jusqu'à 26 contaminations de syphilis dans une « fournée » de tatouage. Additionnons ces quelques chiffres pris au hasard; ils nous fourniront, pour 8 cas, 79 sujets infectés de syphilis.

III. — En d'autres cas, enfin, la **contagion médiate** s'est exercée par divers intermédiaires, et cela parfois suivant les modes les plus bizarres, les plus inattendus. Ainsi, on l'a vue se transmettre :

1° Par le *linge de corps* (c'est-à-dire par les vêtements qui se trouvent en contact direct avec la peau, chemises, caleçons, gilets de flanelle, pantalons de femme, corsages, etc.). Exemple :

Deux femmes, qui faisaient chambre commune, changèrent de pantalon par mégarde. L'une, qui était syphilitique, se trouvait affectée à ce moment d'ulcérations spécifiques sur les cuisses. L'autre, qui était saine, contracta un chancre sur la face interne d'une cuisse.

2° Par *vêtements d'occasion, vêtements d'emprunt*. — De vieux pantalons, souillés par leurs premiers propriétaires, ont transmis plus d'une fois la syphilis, assure-t-on, et cela par des inoculations portant sur les fesses, les cuisses et les jambes. Quoi d'étonnant à cela, alors que chaque jour de nombreux malades nous présentent, non pansée et ballante dans leur pantalon, leur verge affectée de lésions syphilitiques en pleine suppuration?

De même, une de mes malades contracta un chancre de l'épaule pour avoir porté un corsage de robe qui avait longtemps servi à l'une de ses amies affectée de syphilis et criblée de syphilides pustulo-crustacées, notamment au niveau des épaules.

3° Par tous *objets de literie* (draps, oreillers, couvertures, etc.). De là le danger bien connu du *lit commun*, du coucher en commun. Nombre de contaminations de ce genre ont été citées par divers auteurs.

4° Par *linge de bain, peignoirs, gants de crin*, etc.

5° Par *triage, raccommodage* et *blanchissage du linge de sujets syphilitiques*.

6° Enfin, pour avoir été révoquée en doute par quelques auteurs, la contagion par **latrines** n'en reste pas moins authentique. Elle est attestée par de nombreuses observations (1), et je serais même tenté

(1) J'ai observé, il y a deux ans, avec mon collègue et ami le Dr Sevestre, un cas de cet ordre sur une jeune femme qui, suivant toute vraisemblance, contracta

de dire avec W. Taylor : « Ce qui m'étonne, ce n'est pas que les latrines puissent être l'intermédiaire de contaminations syphilitiques, mais bien qu'elles n'en produisent pas plus qu'elles n'en semblent produire. »

Caractères cliniques. — Je serai bref sur ce point, tous les chancres de ce groupe se présentant sous un type que j'ai déjà décrit précédemment, celui du chancre *cutané*.

Tantôt ce sont des chancres *croûtelleux* ou *croûteux*, c'est-à-dire couronnés et masqués par un exsudat concret, formant une croûte compacte, peu épaisse, de teinte ou jaune brun ou brunâtre ; parfois même cette croûte devient presque d'un noir foncé, alors que de petits traumatismes locaux y ont introduit une certaine quantité de sang. — A noter que cette incrustation de surface expose ces chancres à être méconnus et confondus avec les dermatoses croûteuses, telles qu'eczéma, impétigo, ecthyma, herpès, furoncles, etc. Mais, en l'espèce, deux signes interviendront toujours pour les différencier et leur assigner leur caractère propre, à savoir : l'induration de base et l'adénopathie satellite.

Tantôt, inversement, ce sont des chancres *à découvert*. Et alors ils affectent telle ou telle des trois modalités suivantes que je n'ai plus à décrire : modalité *érosive* ; — *papulo-érosive* ; — *ulcéreuse*.

Deux particularités, seulement, se présentent à signaler dans leur histoire clinique.

1° C'est, en premier lieu, que ces chancres sont parfois susceptibles d'une *multiplicité* singulière.

Certes, le fait usuel est de les observer uniques. Mais cette règle comporte d'assez nombreuses exceptions.

Ainsi, d'abord, ils se présentent quelquefois *doubles*. Exemples :

Un de mes malades portait deux chancres sur la région du *cou*. — Un autre présentait un chancre à chacun de ses *coudes*. — La pièce n° 1664 du Musée de Saint-Louis reproduit deux chancres qui sont situés, l'un au niveau de la clavicule droite, et l'autre sur la partie la plus inférieure de la région cervicale, à gauche. — Et ainsi de suite.

Mais ce n'est pas tout, et voici le fait curieux à signaler : C'est que ces mêmes chancres se présentent quelquefois avec une singulière

la syphilis de cette façon quelques jours après son mariage et dans son voyage de noces. Il va sans dire qu'une enquête des plus scrupuleuses et des plus approfondies fut établie sur les causes possibles d'une telle contagion. De cette enquête il finit par résulter que la seule cause acceptable, probable, possible, était une contamination par des latrines d'hôtel. Le mari, qui protestait énergiquement de son innocence, voulut être examiné, fut examiné par nous à diverses reprises et toujours trouvé indemne de syphilis.

De même Fitzgibbon a relaté le cas d'une jeune fille de quatorze ans qui fut infectée par des latrines dans une gare de chemin de fer.

multiplicité, qui n'est pas médiocrement faite pour donner le change.

Ainsi, chose bizarre, les chancres de la partie inférieure de l'abdomen, les chancres sus-pubiens semblent offrir une réelle tendance à la multiplicité. En plusieurs cas, on en a compté trois, quatre, cinq et jusqu'à six. De sorte que, groupés les uns à côté des autres sur une surface peu étendue, ces chancres multiples donnent assez bien l'idée d'une pléiade de syphilides secondaires ou tertiaires. J'ai vu cette erreur faite par un de mes confrères, médecin cependant fort instruit, dans un cas où cinq chancres croûteux des régions sus-pubienne et sus-inguinale avaient été pris par lui pour un groupe de syphilides pustulo-crustacées.

On a encore noté une multiplicité semblable à propos des *chancres vaccinaux* et des chancres dérivant du *tatouage*. Ainsi, dans un cas de Cheinisse, un tatouage infectieux avait déterminé *cinq* chancres sur l'avant-bras d'un forgeron. Dans un autre cas de Robert, *huit* chancres s'étaient produits sur l'avant-bras d'un soldat à la suite d'un tatouage, etc. Mais, en l'espèce, rien d'étonnant, la multiplicité des inoculations servant d'explication naturelle à la multiplicité des chancres.

2° Second point : Plus souvent, à coup sûr, que les chancres génitaux, les chancres du tronc et des membres sont remarquables par leur *grande étendue*. En autres termes et plus simplement, on observe plus souvent (toutes proportions gardées) de grands chancres sur le tronc et les membres que sur les organes génitaux.

C'est surtout au niveau de l'abdomen que l'on rencontre ces grands chancres, comparables comme surface à une pièce de cinq francs (en argent), voire mesurant 5, 7, 8 centimètres de diamètre. Comme exemple, un chancre abdominal, présenté par mon chef de clinique, M. Gastou, à la Société de dermatologie, mesurait 6 centimètres de diamètre transverse contre 4 centimètres verticalement.

Toutefois, pour s'observer à l'abdomen plus fréquemment qu'ailleurs, cette exagération d'étendue n'a rien de spécial à la région. On a cité également de grands chancres du thorax (région antérieure). Et de même pour les membres. Exemples :

Un chancre du coude, dont l'observation a été relatée par M. De la Nièce, dépassait l'aire d'une pièce de cinq francs.

Un chancre de la jambe, observé par M. Veslin sur un garçon de dix-sept ans, avait une étendue à peu près semblable.

Un chancre de la cuisse, sur un malade de nos salles, mesurait au minimum cinq à six centimètres de diamètre.

Enfin, un chancre de la région inguinale, décrit par un de mes élèves, le Dr Meneault, s'étendait sur toute cette région avec une étendue transversale de *douze centimètres* et un diamètre vertical variant entre deux et cinq centimètres suivant les points. C'était là, véritablement, un *chancre géant*, à tendance phagédénique.

Adénopathies. — Les adénopathies satellites de ces divers chancres se localisent de la façon suivante :

1° Pour les chancres du cou, dans les ganglions cervico-latéraux et sus-claviculaires;

2° Pour les chancres de la partie supérieure du tronc, dans les ganglions axillaires;

3° Pour les chancres de la partie inférieure du tronc, dans les ganglions inguinaux;

4° Pour les chancres du membre supérieur, dans les ganglions épitrochléens et axillaires;

5° Pour les chancres du membre inférieur, dans les ganglions poplités et cruraux.

Rien à dire relativement à la symptomatologie de ces diverses adénopathies, qui se présentent toutes avec les caractères classiques du bubon satellite.

A noter, seulement, deux particularités assez curieuses d'ordre anatomique :

1° Les chancres situés à peu près à mi-hauteur du tronc se traduisent ou peuvent se traduire à la fois par des bubons axillaires et des bubons inguinaux. Cela, en raison des anastomoses extrêmement nombreuses du réseau lymphatique cutané, lesquelles permettent au virus (ou au microbe, n'importe) d'irradier à la fois vers l'aine et l'aisselle.

2° Les chancres qui, situés à ce dernier niveau (mi-hauteur du tronc), occupent de plus la région médiane du tronc peuvent donc, de ce fait, avoir *quatre bubons*, à savoir un pour chaque aine et un pour chaque aisselle.

Tel est le chancre de l'*ombilic*, célèbre par ses quatre bubons. J'ai observé deux cas de cet ordre avec quadruple adénopathie, dont l'un a été relaté par M. Veslin. Toutefois, en deux autres cas, je n'ai constaté que des adénopathies inguinales, les ganglions axillaires restant indemnes.

CHANCRES DU SEIN.

Fréquence. — Assez communs chez la femme, ils ne se rencontrent chez l'homme qu'au titre de rarissimes exceptions.

Chez la femme, ils sont bien plus fréquents dans les milieux hospitaliers que dans la clientèle de ville. Et cela pour une raison des plus simples : c'est que, pour la grande majorité, ils s'observent sur des nourrices, c'est-à-dire sur des femmes du peuple.

Étiologie. — Chez l'homme, ils dérivent, comme cause unique, des caresses locales d'une bouche féminine.

Chez la femme, ils procèdent, très inégalement comme fréquence relative, de deux ordres de causes, à savoir : une fois sur quinze,

d'une contagion portée au sein par la bouche de l'homme; — quatorze fois sur quinze, ou bien de l'**allaitement**, ou bien de diverses pratiques afférentes à l'allaitement. Je précise :

1° Pour l'énorme majorité des cas, la contagion résulte de l'allaitement; — presque toujours, de l'allaitement d'enfants hérédo-syphilitiques; — quelquefois, seulement, de l'allaitement d'enfants qui, nés sains, ont contracté la syphilis après leur naissance.

L'allaitement est, pour la femme, une source active et puissante de contamination syphilitique. Quantité de nourrices sont infectées de la sorte. J'en vois bien dans mon seul service une demi-douzaine au moins chaque année. En cinq ans et quelques mois, quatre-vingt-six nourrices (pour le moins) ont reçu la contagion de nourrissons qui leur ont été envoyés de Paris par l'Assistance publique (1).

2° Pour un très petit nombre de cas, relativement, la contagion procède soit du **dégorgement des seins** par la bouche d'un adulte (femme en général, homme quelquefois), soit du **façonnement des bouts de sein**. Exemples :

Une de mes malades, qui était nourrice, avait un nourrisson qui « tétait mal ». Un jour, ayant les seins gonflés, elle se fit téter par une femme de ses amies, laquelle, affectée à ce moment de plaques muqueuses labiales, la contagionna naturellement au sein.

Une jeune paysanne, peu de temps avant ses couches, se désolait « de n'avoir pas de bouts de sein » pour nourrir son enfant. Voyant son chagrin, son beau-père lui proposa de lui « faire ses bouts de sein, comme il les avait, faits autrefois à sa femme ». Malheureusement, cet homme, qui venait de contracter la syphilis, portait des plaques muqueuses à la bouche. Il contamina sa belle-fille aux deux seins.

Les contaminations de cet ordre resteraient isolées et au total peu nombreuses, si une condition toute particulière ne les réalisait quelquefois *par fournées*. C'est qu'en effet on a vu plus d'une fois dans les villages — et même en de petites villes de province — des commères, des matrones se poser en *spécialistes pour le traitement des seins avant et après l'accouchement*, se recruter une nombreuse clientèle, et aboutir, le jour où elles contractaient la syphilis, à la disséminer sous forme épidémique. A preuve la célèbre épidémie de Condé (1825), qui, issue d'une spécialiste de ce genre, contamina « douze ou quatorze femmes » (Bourgogne) (2). Une épidémie toute semblable, importée à Tourcoing par une « tireuse de seins », infecta plus de vingt personnes (Leloir).

Siège. — Le plus souvent (132 cas sur 206), la contagion ne s'exerce que sur un sein. — Plus rarement (74 fois sur 206), elle affecte les deux (Dimey).

(1) Ce chiffre a été emprunté aux sources officielles.
(2) Voir mes *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2e édit., p. 40.

Par ordre de fréquence, le chancre mammaire se localise : 1° de beaucoup le plus souvent à la base même du mamelon, dans le sillon qui sépare le mamelon de l'aréole ; — 2° sur le mamelon ; — 3° sur l'aréole ; — 4° bien plus rarement, sur le globe mammaire.

Caractères cliniques. — Le chancre du sein n'offre rien de spécial en tant que symptômes. C'est un chancre cutané presque identique à tant d'autres que je viens de décrire.

Comme tous les chancres de la peau, il peut se présenter sous la forme croûteuse ou sous la forme de plaie à découvert.

La première de ces formes est tout à fait rare et ne s'observe guère plus d'une ou deux fois sur vingt cas. Comment un chancre, en effet, pourrait-il rester encroûté au contact de la bouche d'un enfant et dans des conditions d'humectation habituelle ? Aussi bien ce type ne se rencontre-t-il qu'en dehors de l'allaitement ou chez les femmes qui ont cessé de nourrir.

Sous cette forme, le chancre mammaire se présente, comme tout chancre croûteux, à l'état de lésion bien circonscrite ; — arrondie ou ovalaire ; — surmontée par une incrustation plus ou moins épaisse, adhérente, brunâtre, brun jaunâtre, ou d'un gris foncé.

Mais, bien plus fréquemment, il est constitué par une plaie à découvert, et son type usuel est celui du chancre *érosif*, que je n'ai plus à décrire. — Je préciserai seulement que son induration est toujours aisément saisissable et bien manifeste. Le sein, en effet, comme on l'a remarqué de vieille date, est « une des régions du corps où l'induration spécifique se formule le mieux ». Pour la grande majorité des cas, cette induration affecte la forme lamelleuse, *parcheminée*, « en carte de visite ». — Plus rarement, elle se présente sous la forme nodulaire, profonde. — Exceptionnellement, elle se réduit à sa modalité fruste, dite foliacée.

Variétés. — Le chancre mammaire comporte de nombreuses variétés. Ainsi, à l'instar de tout chancre, il peut être *ulcéreux*, *subulcéreux*, *papuleux*, etc. ; — *unique*, ce qui est le cas le plus usuel, (61 fois sur 100) ; — ou bien *multiple* (39 fois sur 100), et multiple au nombre de 2, 3, 4 ou même, bien plus rarement, 5 et 6 chancres, et cela soit sur un sein, soit sur les deux seins.

Il peut encore rester petit et comparable à une pièce de vingt centimes, ou bien inversement atteindre comme surface les dimensions d'une pièce d'un franc, de deux ou même de cinq francs, etc.

Ce ne sont là que toutes variétés banales qui ne demandent qu'à être énoncées. Il n'en est pas de même de deux autres qui sont dignes d'une description particulière.

1° Variété *fissuraire*. — Importante au point de vue diagnostique, celle-ci appartient en propre aux chancres qui font élection de siège à la base même du mamelon.

Là, en effet, le chancre affecte assez souvent une forme spéciale, à savoir la forme *effilée*. Se développant en longueur d'une façon prédominante, il contourne le mamelon à sa base sur une étendue variable entre un à deux centimètres, mais sans atteindre en largeur une dimension proportionnelle. Si bien qu'il figure, à la base même du mamelon, une longue bande érosive, sub-ulcéreuse ou ulcéreuse, semblable à une rigole semi-lunaire. — Cette forme est de nature à simuler les fissures simples, les « crevasses » du sein qui sont si communes au cours de l'allaitement.

2° Variété *confluente* (**chancres multiples herpétiformes** *du sein*). — Celle-ci, qui est extrêmement rare, se traduit par une véritable et surprenante pléiade de lésions.

Keyes, par exemple, a relaté l'observation d'une femme qui fut affectée de *douze* chancres des seins (4 au sein gauche et 8 au sein droit).

J'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux une femme qui portait aux seins *vingt-trois* chancres, répartis de la façon suivante : sept sur l'aréole du sein gauche, et seize sur le sein droit (1).

Mon distingué collègue et ami le Dr de Beurmann a observé à Lourcine une nourrice affectée de *vingt-cinq* chancres des seins.

Ces chancres, si extraordinairement multiples, diffèrent du type usuel de l'accident primitif par divers caractères, tels que leur exiguïté de proportions, leur superficialité extrême, leur excessive bénignité d'allure, etc. Bref, ils revêtent à tous égards la physionomie de ces chancres rudimentaires que Dubuc a très bien étudiés sous le nom de *chancres multiples herpétiformes*.

Évolution. — Phagédénisme. — L'évolution du chancre mammaire ne comporte rien de spécial. — Variable naturellement suivant des conditions multiples, sa durée oscille en général entre cinq et sept semaines. Quelquefois, mais bien rarement, plus courte (quatre semaines), elle peut s'élever jusqu'à deux ou trois mois pour les chancres ulcéreux.

D'une façon tout à fait exceptionnelle, le chancre mammaire est susceptible d'aboutir au phagédénisme, soit au phagédénisme en surface, soit au phagédénisme en profondeur, dit térébrant. (On verra un bel exemple de ce dernier sur la pièce n° 156, que j'ai déposée au Musée de Saint-Louis. Collect. partic.)

Adénopathie. — Le chancre mammaire fait son bubon dans l'aisselle ou, pour mieux préciser, dans un groupe de ganglions situés sur la paroi thoracique, à la partie inférieure de l'angle dièdre formé par la rencontre des muscles pectoraux et du grand dentelé.

Diagnostic. — I. — Sans doute on pourrait citer des cas où le

(1) V., au Musée de Saint-Louis, Collect. Fournier, la pièce n° 275.

chancre mammaire a été confondu avec quelques affections très différentes, telles que l'eczéma, la syphilide gommeuse ulcérée, l'épithéliome, la maladie de Paget, etc. Mais de telles erreurs ne sont jamais que le résultat d'examens faits à la hâte, incomplets, où l'on n'a pas tenu compte de tous les éléments diagnostiques à interroger. Prenons comme exemple l'**épithéliome**. Certes, oui, comme le démontrent les observations relatées par les Drs Claude, Dimey, Feulard, des chancres du sein ont pu être réputés épithéliomes, au point que déjà l'on avait proposé pour eux une intervention chirurgicale. Mais de telles méprises se seraient-elles produites si l'on avait examiné à fond les malades et si, tout spécialement, on n'avait pas négligé les trois considérations suivantes, qui établissent une différence profonde entre les deux lésions? A savoir :

1° *Dissemblance radicale d'évolution* entre le chancre et l'épithéliome. Ainsi, avec le chancre, évolution rapide, aiguë; lésion se constituant, pour ainsi dire, d'un jour à l'autre, affectant une croissance hâtive, arrivant en moins de quinze jours à son apogée, à son terme définitif, etc. — Avec l'épithéliome, inversement, évolution progressive, lente, à pas comptés, demandant des mois (sauf exceptions rares) pour aboutir à créer une lésion comparable à ce qu'est un chancre à peine âgé de quinze jours.

2° *Adénopathie* presque immédiate (relativement) avec le chancre, c'est-à-dire déjà appréciable vers le huitième jour, en tout cas bien constituée vers le milieu et la fin du second septénaire. — Avec l'épithéliome, adénopathie tardive, infiniment plus tardive.

3° Enfin, critérium formel et de dernier ressort : Avec le chancre, *explosion secondaire*, se produisant six à sept semaines après les premiers phénomènes morbides ; — rien de semblable avec l'épithéliome.

De tels signes excluent la possibilité d'une erreur.

En tout cas, est-il besoin de dire combien serait condamnable une intervention chirurgicale qui (comme il a failli s'en produire) devancerait l'invasion possible d'une syphilis secondaire succédant à un chancre méconnu?

II. — A vrai dire, il n'est guère qu'une seule forme du chancre mammaire qui soit parfois difficile à différencier; c'est la forme *fissuraire*. Celle-ci peut être prise pour une **fissure** simple, et la réciproque a lieu. Certaines fissures simulent même absolument le chancre, tout comme certains chancres reproduisent exactement la physionomie de la fissure. Toutefois, sinon toujours et du premier coup, au moins le plus souvent et après mûr examen, ces deux lésions pourront être distinguées d'après les données suivantes :

La fissure n'a pas, comme lésion, l'ampleur du chancre; elle est moins large; elle est *effilée*, grêle, *en trait de plume*, si je puis ainsi parler; — elle est souvent souple de base; ou bien, sa rénitence est

moindre que la dureté néoplasique du chancre ; — elle *saigne* souvent pendant la tétée, tandis que, sauf incident traumatique, le chancre ne saigne pas ; — elle n'a pas, tout au moins au même degré et sous la même forme, le retentissement ganglionnaire du chancre ; — enfin, elle est bien plus douloureuse que le chancre (lésion essentiellement indolente, sauf au cas d'irritations surajoutées) ; elle l'est même quelquefois au point de se dénoncer comme fissure rien que par l'intensité, l'acuité des souffrances dont elle s'accompagne.

CHANCRE VACCINAL.

Le chancre vaccinal, ou chancre issu de l'inoculation d'un vaccin auquel s'est accidentellement mêlé le contage syphilitique, est un chancre cutané, absolument identique de tous points au chancre cutané de n'importe quelle autre provenance.

Il ne se différencie du chancre cutané d'origine commune qu'à deux points de vue qui ne visent en rien ses caractères essentiels, à savoir :

1° Par sa provenance spéciale ;

2° Par certaines particularités possibles (mais non constantes) de sa période initiale.

Comme d'usage, il se produit après une *incubation* moyenne de 20 à 25 jours, mais susceptible de s'abaisser à une quinzaine, comme aussi de s'élever à six ou sept septénaires.

Multiples et différentes sont les conditions dans lesquelles il entre en scène, par rapport à la vaccine. Ainsi, 1° il peut :

Ou bien se développer *seul*, sans phénomènes d'inoculation vaccinale, le vaccin ayant avorté, faisant défaut ;

Ou bien se développer *avec la vaccine* ; et toujours alors il est *consécutif* à la vaccine, toujours il lui est postérieur.

2° D'autre part, dans ce second ordre de cas :

Ou bien il se développe sur des piqûres qui ont été réfractaires à la vaccine ;

Ou bien il se développe sur des piqûres ayant subi l'évolution vaccinale.

Finalement, alors qu'il se développe au même siège qu'une pustule vaccinale, il fait éclosion soit *après*, soit *avant* la chute des croûtes vaccinales. Dans le premier cas, il apparaît *à découvert*, c'est-à-dire sur une peau libérée des croûtes du vaccin ; — dans le second, il naît *larvé*, c'est-à-dire sous la croûte vaccinale, conséquemment masqué et dissimulé par elle.

Je me borne à énoncer ici ces divers levers de rideau (qu'on me passe l'expression) du chancre vaccinal, que j'ai longuement étudiés dans une monographie à laquelle je ne puis que renvoyer le lecteur (1).

(1) *Leçons sur la syphilis vaccinale*, recueillies par le Dr P. Portalier.

Caractères cliniques. — Le chancre vaccinal, ai-je dit, répond de tous points au type du chancre cutané. Et, en effet, alors qu'il se produit isolément, il se présente sous les divers aspects suivants :

A ses débuts, il ne consiste qu'en un simple bouton *papuleux*, originairement sec, qui ne tarde pas à s'excorier, à devenir humide, puis à se couvrir d'une croûte.

Ce bouton, d'abord minime, s'élargit en s'étalant, en formant un petit plateau légèrement surélevé, qu'on appelle en langage technique une « papule plate ». Progressivement il devient comparable, comme étendue, à une lentille, à une pièce de vingt centimes, à une pièce de cinquante centimes, quelquefois même, mais plus rarement, à une pièce d'un franc.

Plus tard, à sa période adulte, le chancre vaccinal se présente sous l'aspect d'une *lésion croûteuse*, à croûte solide, compacte, régulière de contour et le plus souvent même circulaire, de couleur brun foncé, quelquefois avec reflets verdâtres.

Cette croûte n'est qu'un masque sur la lésion. Car la lésion vraie est au-dessous d'elle et consiste en une *plaie* du derme, plaie tantôt simplement excoriative et superficielle, tantôt un peu creuse. Cette plaie, c'est le chancre vaccinal.

Ce chancre présente comme caractères : une forme généralement arrondie; — une circonférence nettement délimitée; — des bords à peine saillants, non pas taillés à pic, comme on le dit trop souvent, mais se raccordant au contraire en pente douce avec le fond de la plaie; — un fond lisse, uni, grisâtre par places et rouge sur d'autres points ; — enfin, une base dure, offrant au palper une induration spéciale, et spéciale par ce double attribut : 1° d'être exactement circonscrite à la base même de la lésion, sans diffuser par transition graduelle dans les tissus voisins ; — 2° de s'accuser sous le doigt par une résistance sèche, élastique, parcheminée, très différente comme sensation soit de l'empâtement œdémateux, soit de l'engorgement inflammatoire. Bref, c'est l'induration chancreuse typique que l'on sent sous la base de cette lésion, avec tous les attributs classiques qu'on lui connaît.

Ainsi constitué, le chancre vaccinal persiste un temps assez long sans modifications bien apparentes. Quelquefois la croûte s'en sépare, détachée qu'elle est par les frottements ou par une cause accidentelle quelconque; mais elle ne tarde pas à être remplacée par une croûte de formation nouvelle.

Puis, après quatre à six semaines comme moyenne la plus habituelle, un travail de réparation se produit sous la croûte. Celle-ci tombe, en laissant à nu une surface cicatricielle rougeâtre, d'un brun pigmenté.

A ce moment il est encore facile de sentir sous la cicatrice une induration lamelleuse plus ou moins accentuée, qui va en s'atténuant peu à peu et disparaît progressivement.

Reste finalement, comme dernier vestige de la lésion, une macule pigmentée qui ne se décolore qu'assez lentement.

Variétés. — Il n'est pas rare qu'au lieu de consister en une érosion superficielle et plate (type le plus habituel du chancre syphilitique), le chancre vaccinal se présente sous la forme d'une *ulcération* véritable, laquelle entame réellement les tissus et creuse le derme dans une certaine épaisseur, en fournissant une suppuration assez abondante.

On trouve même en quelques observations le chancre vaccinal représenté comme un « chancre à tendance phagédénique », voire comme un « chancre phagédénique ». De tels qualificatifs sont exagérés, je crois. En tout cas, ils ne semblent pas justifiés par le détail des faits où ces prétendues complications se trouvent signalées. On voit bien qu'en certains cas le chancre vaccinal s'est élargi ou creusé, voire élargi et creusé à la fois, au delà et bien au delà de ce qui est habituel. Mais je ne sache pas que jamais il ait pris les caractères menaçants soit d'une ulcération térébrante, soit d'une ulcération serpigineuse, de façon à réaliser ce que produit le véritable phagédénisme.

D'autre part, il n'est pas rare non plus que le chancre vaccinal dépasse la *durée* usuelle du chancre syphilitique. Comme règle habituelle, nous sommes accoutumés à voir se cicatriser le chancre de contagion, même abandonné à sa marche naturelle, dans l'espace de quelques semaines, d'un mois à un mois et demi, deux mois au maximum. Or, le chancre vaccinal se prolonge assez souvent au delà de cette moyenne. On l'a même vu persister trois et quatre mois.

Diagnostic. — Deux points seulement à noter :

I. — Il est une condition qui rend absolument *impossible* le diagnostic du chancre vaccinal à ses débuts. Cette condition est relative aux cas où le chancre fait son éclosion sous la dépouille croûteuse de la vaccine. Le chancre, alors, est positivement *larvé*. Matériellement il est invisible et ne se traduit par aucun autre symptôme qu'une persistance plus longue que de coutume de la croûte vaccinale. Mais impossible d'attribuer à ce symptôme une signification précise. En sorte que, pour un temps, le soupçon même d'un chancre n'est légitimé par quoi que ce soit. Et ce n'est qu'après une à deux semaines que, de par l'évolution morbide, de par l'apparition d'une lésion nouvelle que laisse à nu la chute de la croûte, et surtout de par l'adénopathie, le chancre vaccinal peut être suspecté d'abord, puis affirmé plus tard.

II. — Maintes fois la *vaccine ulcéreuse* (que je n'ai pas à décrire ici) a jeté l'alarme dans les familles pour avoir été indûment considérée comme un chancre vaccinal. J'aurais plus d'une demi-douzaine

d'erreurs de ce genre à relater, et je me souviendrai toujours de l'anxiété, du désespoir d'un jeune confrère qui vint m'amener à Saint-Louis, il y a quelques années, un jeune enfant auquel il croyait avoir inoculé la syphilis par le vaccin et qui, de fait, n'était affecté que d'une vaccine ulcéreuse. C'est assez dire l'intérêt qui se rattache au diagnostic différentiel de ces deux lésions, diagnostic que j'ai essayé de résumer dans le tableau suivant :

Vaccine ulcéreuse.	**Chancre vaccinal.**
I. — Signes d'évolution.	
I. Invasion du *douzième* au *quinzième jour* après la vaccination.	I. Invasion se faisant en général *au delà de la troisième semaine* après la vaccination, jamais avant le quinzième jour.
II. Lésion déjà pleinement constituée dès le vingtième jour après la vaccination.	II. A échéance de vingt jours après la vaccination, le chancre ou bien en est encore à *naître*, ou bien ne fait que d'éclore, conséquemment est encore *petit*, rudimentaire.
II. — Signes cliniques.	
I. Affecte généralement *toutes les pustules* d'une vaccination.	I. Ne se développe guère que sur quelques-unes des pustules vaccinales, parfois même sur une seule. Souvent même se produit sans être précédé de pustules vaccinales.
II. Physionomie générale : celle d'une *lésion ulcéreuse et vivement inflammatoire.* Au détail :	II. Physionomie générale : celle d'une *lésion croûteuse, habituellement aphlegmasique.* Au détail :
III. Lésion *ulcéreuse*, excavée, térébrante, trop profonde pour donner l'idée d'un chancre syphilitique.	III. Lésion soit simplement excoriative, soit ulcéreuse, mais bien *moins creuse* (sauf exceptions rares) que la vaccine ulcéreuse.
IV. *Suppuration abondante*, trop abondante pour se dessécher en croûte.	IV. Lésion presque constamment *croûteuse.*
V. Bords nettement *entaillés*, quelquefois à pic, rappelant ceux du chancre simple.	V. Bords non entaillés, peu élevés, jamais à pic, se raccordant en pente douce avec le fond de la lésion.
VI. Fond anfractueux, inégal, de mauvais aspect, quelquefois pultacé ou sphacélique.	VI. Fond lisse, uni.
VII. Base dure, mais d'une *dureté inflammatoire*, empâtée, œdémateuse.	VII. Base présentant une *induration spéciale;* — spéciale par sa circonscription ; — et spéciale surtout par sa rénitence sèche, élastique, parcheminée (induration chancreuse proprement dite).
VIII. *Aréole très accentuée*, inflammatoire, rouge, pseudo-érysipélateuse, quelquefois très étendue.	VIII. Aréole minime relativement, moins inflammatoire, très souvent inappréciable.
IX. Ou bien nul retentissement ganglionnaire ; — ou bien adénopathie de caractère inflammatoire.	IX. *Adénopathie constante;* — et adénopathie *spéciale*, à ganglions aphlegmasiques, indolents et durs.
X. Complications fréquentes : angéioleucite, phlegmon, érysipèle, accidents fébriles, etc.	X. Complications très rares.

CHANCRES DE LA MAIN.

Rares; mais moins rares sans doute que ne le représentent nos statistiques, un certain nombre restant méconnus. — Beaucoup moins fréquents chez la femme que chez l'homme. — Un seul cas observé jusqu'ici chez l'enfant.

Étiologie. — Trois causes principales, à savoir :

1° **Contamination professionnelle**, propre aux médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, étudiants en médecine, dentistes, infirmiers, etc. — Sur 49 chancres de la main que j'ai observés en ville, 30 provenaient de cet ordre spécial de contagions, c'est-à-dire avaient été contractés dans tel ou tel acte de la profession médicale (opérations et notamment opérations sur les parties génitales, réduction de paraphimosis compliquant un chancre syphilitique, toucher vaginal, accouchement, version, exploration de plaies syphilitiques, etc., etc.).

2° *Contamination vénérienne*, par attouchements érotiques. — C'est le médius qui, dans cet ordre de contagions, est le plus souvent affecté, et il a ses raisons pour cela.

3° *Contamination par morsure*, dans une rixe. — Exemple :

J'ai traité dans mes salles, ces dernières années, un agent de la sûreté, qui, en arrêtant un voleur, fut mordu par celui-ci à la main. Un chancre typique se produisit au siège même de la morsure, et des renseignements positifs nous apprirent que le voleur était en état de syphilis.

Beaucoup plus rares sont les contaminations procédant d'autres causes et surtout les contaminations médiates. On en connaît cependant un certain nombre de cas, tels que les suivants :

Le Dr Barthélemy a vu une nourrice prendre un chancre du doigt médius en soignant un nourrisson affecté de plaques muqueuses périanales.

Un policeman, dont Hutchinson a relaté l'histoire, contracta un chancre induré du médius, près de l'articulation métacarpo-phalangienne, en assénant un grand coup de poing sur la bouche d'un voleur avec lequel il se colletait. Son doigt s'écorcha sur les dents de cet homme, et ce fut exactement au niveau de cette petite blessure que se manifesta, dans les délais de l'incubation réglementaire, un chancre syphilitique. — Un fait exactement identique a été observé plus récemment par le Dr Lejars.

Dans un cas cité par le Dr Polaillon, une surveillante d'hôpital contracta un chancre induré d'un doigt en manipulant le linge sale de ses malades.

De même un de mes malades, chiffonnier, paraît bien avoir été infecté de la sorte à la main, en triant de vieux chiffons et des linges absolument sordides.

Pour bon nombre de cas, une cause prédisposante à la pénétration du contage paraît avoir consisté dans une lésion tégumentaire quel-

conque servant de porte d'entrée au germe infectieux (traumatismes divers de la main, écorchure, éraflure, érosion, piqûre, ou bien dermatose eczémateuse exfoliant l'épiderme, ou bien engelures, crevasses, gerçures, ou plus souvent encore *envies* du pourtour de l'ongle). Mais la dénudation dermique est-elle une condition indispensable en l'espèce? Après pénétration dans un goulot folliculaire ou dans une rigole subunguéale, le contage syphilitique ne peut-il pas lui-même faire sa trouée, constituer son effraction propre, et cela de par le processus irritatif, inflammatoire, qu'il est sans doute susceptible d'exciter autour de lui? C'est là un point sur lequel on a beaucoup discuté, mais qui n'a pas encore reçu de solution.

Localisations. — Plusieurs points à noter :

I. — D'abord, la main *droite* est bien plus souvent que la gauche le siège de contaminations spécifiques. Rien que de très naturel à cela, puisqu'elle est plus exposée.

II. — On a rencontré le chancre sur tous les points de l'une et l'autre main, mais avec une très grande inégalité de fréquence d'une région à une autre. Voici, à cet égard, ce que m'a fourni le relevé de 87 cas :

Chancres des doigts	73 cas.
— du métacarpe (face dorsale)	12 —
— — (face palmaire)	1 —
— du poignet	1 —
Total	87 cas.

III. — A la région métacarpienne, la localisation du chancre se fait presque exclusivement sur la région dorsale (12 cas sur 13).

IV. — Les chancres digitaux se rencontrent : soit sur la continuité du doigt, c'est-à-dire au niveau des phalanges, et bien plus souvent à la face dorsale qu'à la face palmaire; — soit au niveau de la pulpe du doigt; — soit, bien plus habituellement, *au pourtour de l'ongle.* Le pourtour de l'ongle, voilà leur siège favori. Sept à huit fois sur dix, les chancres du doigt sont des chancres *péri-unguéaux.*

V. — Trois doigts sont affectés bien plus souvent que les deux autres, à savoir, par ordre de fréquence : l'index, le médius et le pouce. — Rare à l'annulaire, le chancre devient tout à fait exceptionnel au petit doigt.

Formes cliniques. — Tantôt les chancres de la main sont calqués sur le type du chancre de tout siège, et tantôt ils en diffèrent en affectant des formes plus ou moins spéciales.

I. — *Formes communes.* — Dans celles-ci le chancre revêt ou bien le type *érosif*, dont je n'ai rien à dire; — ou bien le type *ulcéreux.* Généralement, alors, c'est un chancre assez étendu, parfois même un grand chancre, comparable comme surface à une pièce d'un ou

de deux francs, à un pruneau, à une datte. — Le plus souvent aussi il se présente avec un fond irrégulier, déchiqueté, et de « mauvaise mine », c'est-à-dire grisâtre et diphthéroïde par places ou bien d'un rouge vineux semé de points pultacés; — et cela, parce qu'en pareil cas c'est un chancre enflammé, qui n'a acquis ce développement et revêtu cette forme que pour avoir été négligé ou soumis à des causes diverses d'irritation.

Mais ce qu'il est bien autrement essentiel de spécifier, c'est que, sous l'un ou l'autre de ces types, le chancre *digital* diffère le plus souvent du chancre usuel par certaines particularités, notamment par les trois suivantes : configuration; — modalité d'induration; — et phénomènes douloureux.

1° *Configuration.* — Fidèle au type usuel pour certaines localisations du chancre, elle s'en écarte pour d'autres. Ainsi, tandis que les chancres du métacarpe, de la première et de la seconde phalange, se présentent généralement avec la forme orbiculaire classique, ceux de la troisième phalange (les plus communs de tous, je le rappelle) se présentent le plus souvent avec une configuration bien moins régulière et surtout très différente de la forme cerclée. Quand ils occupent le bord supérieur de l'ongle, ce qui est pour eux un véritable siège d'élection, ils figurent presque toujours un croissant, une demi-lune, un fer à cheval ; de sorte qu'on les a qualifiés du nom de **chancres semi-lunaires**. Quand ils siègent sur le bord latéral de l'ongle, ils se rapprochent de la forme d'un haricot. — Enfin, quand ils se logent sous l'ongle, ils n'affectent plus aucune forme; ils sont alors tout à fait irréguliers et vraiment amorphes.

2° *Modalité d'induration.* — Au lieu d'être ce qu'elle est usuellement, à savoir une induration exclusivement tégumentaire et nettement *isolable* des tissus sous-jacents, l'induration des chancres digitaux (et, plus particulièrement encore, du chancre de la troisième phalange) se présente sous forme d'une dureté massive et régionale. C'est qu'en effet le néoplasme propre du chancre se soude avec les tissus sous-jacents, fait corps avec eux, se confond avec eux. Si bien que chancre, tissu cellulaire, gaine fibreuse, tendons, os, tout cela ne constitue plus qu'un *bloc* dur, dont les éléments deviennent indistincts, agglutinés et fusionnés qu'ils sont par une gangue plastique. La peau n'est plus séparable de ce bloc, et, conséquemment, on ne parvient pas à la soulever de façon à explorer individuellement l'induration tégumentaire du chancre.

Bref, ce qu'on perçoit comme induration avec un chancre digital, c'est, je le répète, une *dureté en masse* d'un département du doigt, mais ce n'est plus une dureté tégumentaire, propre à la peau et à un îlot circonscrit de la peau; ce n'est plus, en un mot, l'induration individuelle du chancre, telle qu'on la constate usuellement et partout ailleurs.

Aussi bien arrive-t-il souvent ceci en pratique, que, tout en percevant bien qu'un département du doigt est devenu ferme et dur, on n'attache pas d'importance spéciale à ce signe. Pourquoi? Parce que cette dureté en masse est celle de toutes les dactylites (dactylites phlegmoneuses, tuberculeuses ou autres), parce que cette dureté en masse ne rappelle en rien l'induration du chancre, laquelle est une induration exclusivement tégumentaire et circonscrite au derme. De là tant et tant d'erreurs diagnostiques commises à propos du chancre digital, lequel, pour le dire par avance, *est le plus souvent confondu avec le panaris vulgaire.*

3° *Phénomènes douloureux.* — Par une dérogation des plus rares à la caractéristique usuelle du chancre, les chancres de la main sont souvent douloureux et même parfois très douloureux. Mais, ici, une distinction s'impose.

Indolents, comme d'usage, sont les chancres du métacarpe, voire aussi les chancres des première et deuxième phalanges. Mais douloureux d'habitude, voire parfois très douloureux sont les chancres de la troisième phalange, alors surtout qu'il sont en relation avec l'ongle.

Parmi ces derniers, ceux qui sont étalés à plat près du bord supérieur de l'ongle, ne déterminent généralement qu'un degré moyen de réaction douloureuse. Mais ceux qui s'insinuent *sous* l'ongle, qui le décollent, qui le soulèvent, et, plus particulièrement encore, ceux qui naissent sous l'ongle au niveau du sillon inférieur de la matrice unguéale, sont toujours notablement douloureux et même parfois très douloureux. Ils éveillent là des souffrances qui, sans exagération, peuvent être comparées à celles du panaris.

A quoi sont dues ces douleurs? Est-ce à l'abondance en ces régions des corpuscules de Pacini? Est-ce à une disposition anatomique, le tissu cellulaire enflammé se trouvant bridé en ce point par un derme très épais? Est-ce à telle ou telle autre cause? Je ne saurais le dire. Mais ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'en nombre de cas les malades souffrent cruellement de ces chancres subunguéaux. Ils accusent non pas seulement un endolorissement continu au niveau de leur lésion, mais des sensations de constriction, d'étranglement, de brûlure, avec battements intermittents et irradiations douloureuses dans tout le doigt. Le moindre attouchement, l'exploration la plus douce suffit à éveiller une crise de souffrances. Les pansements sont mal tolérés; souvent même tout topique semble nuire, à part les pommades les plus anodines. Ajoutez encore que la nuit et la chaleur du lit sont parfois l'occasion de paroxysmes des plus pénibles, comme sur l'un de mes amis, chirurgien célèbre, qui, affecté d'un chancre subunguéal de l'index, m'a bien des fois répété ceci : « J'ai tellement souffert de mon chancre que pendant plus de huit nuits consécutives je n'ai pu fermer l'œil. J'en ai plus souffert, certes, que si j'avais eu le plus beau panaris du monde. »

II. — *Formes anormales*. — D'autres fois et assez fréquemment les chancres de la main se présentent sous des formes très différentes du type classique du chancre, voire assez différentes parfois pour que leur qualité de chancre puisse être facilement méconnue.

Ces formes anormales sont les trois suivantes :

1° **Chancre hypertrophique.** — C'est un chancre fortement saillant, si saillant qu'il constitue presque une petite *tumeur*, laquelle sert de base à l'ulcération spécifique ; et ce relief, ce volume, cet aspect de tumeur, il le doit à l'exubérance de son néoplasme d'induration.

Objectivement il est constitué comme il suit : une grosse tubérosité, bien circonscrite, faisant au-dessus des téguments une saillie de trois à cinq ou même six millimètres ; — tubérosité généralement orbiculaire de contour ; — émergeant de la peau à angle presque droit, pour s'aplanir bientôt en forme de ménisque ou de pièce de monnaie ; — d'autres fois constituée par un mamelon convexe, bombé « en cabochon » ; — dans tous les cas, ferme et rénitente au toucher, dure, le plus souvent même très dure et presque chondroïde ; — couronnée enfin, sur sa partie convexe ou sur son plateau, par une érosion ou une ulcération, laquelle est susceptible de tous les aspects variés du chancre.

Plusieurs fois ce chancre hypertrophique a été pris pour un épithéliome, pour une tumeur maligne, etc.

2° **Chancre-panaris.** — Ce second type, qui est absolument spécial au chancre du doigt, n'est pas moins commun que le précédent, tout au contraire. Il a été fort bien décrit par W. Taylor sous le nom de chancre-panaris (*panaritium-like chancre*), dénomination bizarre, mais convenant fort bien à un type bizarre, voire excellente, à mon gré, en ce qu'elle est presque descriptive.

Sous cette forme, en effet, le chancre ressemble absolument à un panaris. On dirait un panaris, et cela à tous égards, à savoir de par la tuméfaction globuleuse du doigt, de par la rougeur tégumentaire, de par l'infiltration des tissus, de par les phénomènes douloureux, etc.

Au détail, ce qu'on voit est ceci :

1. Un doigt très fortement tuméfié à son extrémité inférieure, c'est-à-dire au niveau de la troisième phalange et souvent aussi de la seconde ; — et tuméfié de la façon suivante : cylindroïde, « *en saucisse* », au niveau de la seconde phalange ; puis se renflant tout aussitôt au niveau de la troisième, et devenant là *globuleux*, *bulbeux*, de façon à rappeler comme forme un bulbe d'oignon ou de poireau ;

2. D'autre part, un doigt rouge et d'un rouge sombre, dans toute l'étendue de son segment ainsi tuméfié ;

3. Un doigt infiltré en masse et dur en masse, tous ses éléments semblant réunis et fusionnés par une gangue d'exsudat plastique ;

4. Un doigt douloureux, parfois même extrêmement, extraordinairement douloureux; — sensible spontanément et devenu le siège de battements, d'élancements, comme dans le panaris; — plus sensible encore au palper, à l'exploration;

5. Enfin, au sommet de ce doigt, le chancre. Mais sous quelle forme se présente ce chancre? Sous la forme d'une ulcération absolument irrégulière et ne conservant rien de la configuration normale, de l'orbicularité habituelle du chancre; — ulcération creuse, déprimée, anfractueuse, quelquefois même comme térébrante; — à bords boursouflés, entaillés, déchiquetés; — à fond de mauvaise mine, grisâtre ou rougeâtre, diphthéroïde quelquefois, sanieux, inflammatoire, parfois aussi semé de points sphacéliques.

De sorte — je ne saurais assez le répéter — qu'une telle lésion *ne rappelle en rien la physionomie du chancre*, n'éveille absolument pas l'idée du chancre. On dirait bien plutôt, de par les données objectives, l'*orifice ulcéré d'un panaris*.

Et c'est là précisément ce qui explique comment ce chancre a pu être souvent méconnu, et méconnu par des médecins ou des chirurgiens des plus experts.

Évolution, durée. — Ces chancres à forme de panaris sont spécialement remarquables par leur évolution lente, torpide, et par leur durée longue, pouvant s'élever à 4, 5, 6 mois et plus.

Le plus souvent, d'ailleurs, ils sont compliqués par des accidents provenant de l'ongle, lequel, déchaussé par l'ulcération et ne recevant plus que d'incomplets éléments de nutrition d'une matrice malade ou même partiellement détruite, s'altère, change de couleur, noircit, se décolle, se détache et tombe. Un tel processus, tout naturellement, ne s'accomplit qu'avec lenteur et au prix de beaucoup de temps. Il n'est même pas rare qu'on soit forcé d'intervenir et d'enlever ce véritable séquestre unguéal qui, en sa qualité de corps étranger, irrite les tissus, les enflamme, détermine et entretient des douleurs plus ou moins vives, etc. Son extraction est toujours suivie d'une détente immédiate.

Je mentionnerai enfin qu'en certains cas (ceux-ci, à la vérité, exceptionnels) l'évolution morbide est encore retardée et longuement retardée par des *nécroses* de la troisième phalange, lesquelles, à moins d'intervention de l'art, exigent des laps de temps considérables pour leur élimination.

3° **Chancre fongueux**. — Une dernière modalité possible, mais tout à fait exceptionnelle, du chancre digital est celle que W. Taylor a indiquée et fort bien décrite sous le nom de chancre fongueux.

Spéciale au chancre de la dernière phalange, elle consiste en une sorte de bourgeonnement papilliforme de la lésion, laquelle, à un moment donné, n'est plus qu'une *touffe de végétations* ou de languettes charnues rappelant l'aspect du chou-fleur. Transfiguré, je dirai pres-

que travesti de la sorte, le chancre devient absolument méconnaissable (1).

Adénopathie. — Le bubon satellite du chancre de la main se produit ou bien dans la région épitrochléenne (où l'on trouve, suivant les cas, soit un, soit deux ou même, mais très rarement, trois ganglions) ; — ou bien dans la région de l'aisselle ; — ou bien encore, simultanément, dans l'une et l'autre de ces régions.

C'est là le simple résultat d'un fait anatomique, les lymphatiques de la main se rendant les uns aux ganglions épitrochléens, et les autres directement aux ganglions axillaires.

Comme fait habituel, ce bubon affecte les caractères propres aux adénopathies symptomatiques du chancre ; c'est dire qu'il est à la fois aphlegmasique, indolent, multiple, et à ganglions présentant une dureté spéciale.

Quelquefois, cependant, en raison de complications ou d'infections secondaires, il s'enflamme et prend une forme subaiguë ou même aiguë. Mais un traitement approprié a bien vite raison de tels symptômes, qui n'aboutissent à suppuration que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

A l'adénopathie s'ajoutent quelquefois des manifestations *lymphangitiques*, sous forme de lymphangites « en cordon » ou « en ruban étalé », qui s'observent surtout au bras, vers le côt interne du biceps.

Traitement. — Naturellement variable suivant les formes morbides

Aux cas simples et bénins suffit le traitement usuel du chancre, à savoir : pansements, trois fois par jour, avec ouate hydrophile enduite d'une pommade au calomel ; — ou bien pansements par occlusion avec bandelettes de taffetas de Vigo. — Immobiliser le pansement, quel qu'il soit, par un doigtier.

Dans les cas plus sérieux, nécessité d'un traitement un peu plus complexe. Ce qu'il y a d'essentiel, c'est de prévenir ou de combattre les complications inflammatoires ou douloureuses, c'est de conjurer la formation du panaris symptomatique. Pour cela :

D'abord, condamner au repos absolu le doigt et la main. — Bras en écharpe, d'une façon permanente.

Puis, antiphlogistiques locaux : bains fréquemment répétés ; — bains locaux, au moins deux fois par jour et de vingt minutes à une demi-heure chaque fois, dans une décoction émolliente tiède (décoction de guimauve, décoction de guimauve et pavot, etc.). — Éviter les ablutions phéniquées et, plus encore, les ablutions au sublimé, qui sont irritantes.

Pansements réguliers, deux fois par jour, avec ouate enduite d'une pommade à l'iodoforme.

(1) Voir les curieuses figures produites à ce sujet par W. Taylor, dans le *Medical Record*, New-York, 1891, vol. 39, p. 69.

Après avoir essayé nombre de topiques, c'est encore à l'iodoforme qu'il a fallu revenir pour le pansement des chancres digitaux, en dépit de l'inconvénient de son insupportable odeur. C'est qu'en effet, comme chacun sait, l'iodoforme est un excellent topique en tant qu'agent modificateur; de plus, en l'espèce, il a l'avantage d'agir comme anesthésique pour calmer la douleur et l'éréthisme local. — On l'emploie sous forme de pommade, à la dose de 1, 2, 3 grammes pour 10 grammes de vaseline. — Très certainement il est mieux toléré en pommade que sous forme pulvérulente (sauf à la période tout à fait terminale).

Que si l'ongle paraît entretenir l'irritation locale et les douleurs, *a fortiori* favoriser et prolonger l'état ulcéreux, l'indication formelle est de l'extraire, et cela plus tôt que plus tard.

Enfin, contre les chancres fongueux, on aura recours aux cautérisations. Le nitrate d'argent sera d'abord mis en usage. Mais, s'il se montre insuffisant, on n'hésitera pas à faire appel à d'autres agents plus énergiques, notamment au thermocautère.

CHANCRES DES RÉGIONS ANALE, PÉRIANALE ET RECTALE.

Fréquence. — Indéterminable, car ces chancres sont de la catégorie de ceux que les malades (plus particulièrement les hommes) tiennent à dissimuler, et pour cause.

Variable, d'ailleurs, suivant des conditions diverses, à savoir :

1° Suivant le sexe (les chancres de ces régions sont, au moins relativement, beaucoup plus communs chez la femme. Ainsi, chez l'homme, on en compte *un* seulement sur 192 chancres de tout siège, et, chez la femme, *un* sur 28);

2° Suivant le milieu où l'on observe (fréquence plus grande dans les basses classes, chez les prostituées et les pédérastes);

3° Suivant les pays. Ainsi, sur un total de 42 chancres extra-génitaux, observés par le Dr During à Constantinople, 31 siégeaient soit à l'anus et au pourtour de l'anus, soit dans le rectum. Proportion : 74 pour 100! — Et ce n'est pas tout. Car, 1° de ces 31 chancres, 5 seulement affectaient des adultes, et 26 des enfants!! — Et 2° sur les 5 adultes, 4 étaient du sexe masculin!!!

Division. — Les chancres de ces régions se divisent naturellement en trois groupes, de fréquence très inégale, à savoir : *Chancres anaux*, les plus communs de tous ; — *chancres périanaux ;* — *chancres rectaux*, de beaucoup les plus rares, on peut même dire tout à fait exceptionnels.

Étiologie. — Ici, comme ailleurs, trois ordres de causes :

1° Causes directes : rapport ou tout au moins approche sodomique; — attentats criminels, notamment sur enfants (de l'un ou l'autre sexe, n'importe), et parfois même sur tout jeunes enfants; —

sans oublier les contaminations d'origine buccale, beaucoup plus fréquentes qu on n'oserait le croire.

2° Causes indirectes : Contamination par le doigt imprégné de pus virulent ; — chez la femme, contamination possible de l'anus par la vulve, c'est-à-dire transport du contage à l'anus par les liquides issus du vagin.

3° Causes médiates : Contaminations transmises par éponges, linges, serviettes, papiers, canule d'irrigateurs, bidets, bassins, latrines, instruments de chirurgie, etc. — Deux exemples :

Le Dr Feulard a relaté l'observation d'une petite fille de vingt et un mois qui fut contagionnée par une éponge sur la marge de l'anus et présenta là un chancre syphilitique, bientôt suivi d'accidents graves de syphilis. Or, la tante de l'enfant, jeune fille de quinze ans, se servait en cachette, pour sa toilette intime, des éponges réservées au bébé ; et ladite tante était à ce moment en pleine syphilis secondaire, avec syphilides vulvaires et anales.

J'ai dans mes notes un cas de même genre, relatif à une vieille dame de ma clientèle, qui fut infectée à l'anus par une canule d'irrigateur dont se servait, à son insu, sa femme de chambre, affectée de syphilides vulvaires.

A cela il faut ajouter encore une contagion dont j'ai déjà parlé précédemment et qui n'est autre que la contagion par le *crayon de nitrate d'agent*.

Je suis persuadé que plusieurs cas de chancres anaux ou périanaux que j'ai observés en ville ont résulté de cautérisations pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent.

Étude clinique. — I. — **Chancre périanal.** — Ce chancre présente les caractères et les variétés de tout chancre cutané. Rien à en dire de spécial, si ce n'est que parfois il affecte une forme toute particulière, constituant ce qu'on appelle le chancre *plissé* ou chancre à rhagades. Il se présente alors sous l'aspect suivant :

D'une part, sa surface est parcourue par un, deux ou trois plis, rayonnant tous vers l'anus, lesquels ne sont autres que les plis normaux de la région, mais notablement hypertrophiés, et hypertrophiés soit par le néoplasme chancreux, soit par un exsudat inflammatoire sous-jacent. Ces plis se dessinent en relief sur l'aire du chancre sous forme de bourrelets en éventail, qui convergent vers l'orifice anal.

D'autre part, le processus ulcératif du chancre pénètre dans les interstices de ces bourrelets et constitue là autant de sillons linéaires assez creux, rouges, figurant des crevasses ou des rhagades effilées. Ces sillons restent masqués à l'état de repos de la région, mais se révèlent dès qu'on vient à déplisser la marge anale, c'est-à-dire à étaler le chancre.

II. — **Chancre rectal.** — Extrêmement rare, au point qu'on n'en connaît encore qu'un très petit nombre de cas bien authentiques.

C'est par excellence un *chancre larvé*. L'éveil, à la vérité, peut être donné sur lui par deux symptômes d'ailleurs inconstants, à savoir : 1° douleur rectale, se produisant un peu avant la défécation, puis lui succédant pour un temps plus ou moins prolongé; — 2° évacuation avec les selles de matières glaireuses, tachetées de sang. Mais, en tout cas, un examen direct s'impose pour le découvrir. Or, d'une part, le toucher rectal révélera un petit foyer de rénitence circonscrite, faisant contraste avec la souplesse des tissus environnants; cette rénitence, c'est l'induration du chancre. Et, d'autre part, l'exploration au spéculum *ani* ou, mieux, avec la valve de Sims mettra le chancre en évidence, en permettant de constater ceci :

Une lésion intra-rectale, située à une hauteur variable au-dessus du sphincter, quelquefois à deux, trois, quatre centimètres au-dessus, quelquefois au contraire l'avoisinant presque immédiatement; — lésion bien circonscrite; — petite en général et comparable en moyenne à une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, mais pouvant atteindre (comme dans un cas du Dr Campenon) la dimension d'une pièce de cinq francs; — lésion arrondie ou ovalaire; — érosive ou subulcéreuse; — rosée, rouge ou d'un brun sombre; — au total, donc, lésion n'offrant rien de spécial et tout à fait conforme, en tant que caractères objectifs, à la physionomie usuelle du chancre.

De tels signes, alors qu'ils peuvent être perçus d'une façon catégorique, ne laissent que peu de doutes sur la qualité chancreuse d'une lésion rectale. Ils n'en laisseront pas, s'ils viennent à être confirmés par une adénopathie satellite.

Or, où se fait cette adénopathie satellite du chancre rectal, qu'il faudra toujours rechercher comme complément diagnostique?

Soit dans les ganglions inguinaux (par anastomose des lymphatiques les plus inférieurs du rectum avec ceux de l'anus); — soit dans un groupe de ganglions situés dans la concavité du sacrum. On dit avoir pu atteindre et sentir distinctement des masses ganglionnaires sur les côtés ou en arrière du rectum.

J'ajouterai : Une légende, aussi injustifiée que la plupart des légendes, s'est accréditée sur le compte du chancre rectal. On l'a présenté comme « enclin au phagédénisme » et, de plus, comme « l'une des origines les plus habituelles du rétrécissement syphilitique du rectum ». Il y a là une double erreur. D'abord, on serait fort en peine, et pour cause, de citer un seul cas de chancre syphilitique du rectum ayant abouti au phagédénisme. En second lieu, comment un chancre syphilitique, accident passager, superficiel, très circonscrit, toujours borné à un segment presque insignifiant du rectum, pourrait-il aboutir à constituer, par le fait de sa cicatrice, une lésion majeure, étendue à toute une portion du rectum, cylindroïde, annulaire, etc., telle que celle qui constitue le rétrécissement rectal d'origine spécifique? Une telle pathogénie ne soutient pas l'examen.

III. — **Chancre anal.** — Situé dans le canal muqueux de l'anus, il se présente avec une physionomie toute particulière, et cela non pas qu'il diffère du chancre syphilitique par quelque attribut spécial, mais parce qu'il est forcé de se modeler sur un anneau contractile. Bref, c'est ou bien un chancre *froncé*, un chancre « en collet de bourse », ou bien un chancre « en feuillets de livre ». Mais détaillons.

D'abord, de deux choses l'une :

Ou bien le chancre est absolument *larvé*, c'est-à-dire latent, dissimulé dans le canal muqueux de l'anus. Dans ce cas, on ne le voit pas à l'état de repos des parties ; il faut, pour l'apercevoir, entr'ouvrir l'anus.

Ou bien il se dénonce à l'extérieur en débordant l'anus par un segment de sa surface, sous forme d'une sorte de petit promontoire qui fait saillie hors de l'orifice anal.

Dans l'un et l'autre cas, on n'aboutit à se rendre un compte exact de la lésion qu'en dilatant l'anus. Comment? Le procédé le moins douloureux, le plus simple et le plus pratique, consiste à écarter fortement l'anus par des tractions exercées en sens inverse, à l'aide des deux pouces, sur deux pôles opposés de l'orifice anal. Alors seulement que cette méthode reste insuffisante, on a recours à la dilatation instrumentale, soit par tel ou tel spéculum *ani*, soit par l'écarteur à trois branches de Ricord, soit, mieux encore, avec une petite valve de Sims.

L'anus étant ainsi dilaté d'une façon ou d'une autre, on aperçoit le chancre à découvert.

Or, étalé de la sorte, ce chancre n'est autre comme facies, comme caractères cliniques, que le chancre usuel, à savoir : une lésion bien circonscrite, bien définie de contours ; — de moyenne ou de petite étendue ; en général comparable à une amande ou à l'ongle de l'annulaire ; — siégeant soit en avant, soit en arrière de l'anus, bien plus rarement sur ses côtés ; — ovalaire ou elliptique et à grand axe parallèle au canal de l'anus ; quelquefois allongée, étroite, effilée ; — sans bords entaillés en arête ; — érosive ou subulcéreuse, bien plus souvent que véritablement ulcérative ; — lisse de fond ; — offrant une coloration rouge et d'un rouge sanguin ou foncé, quelquefois même violacée, livide et vineuse.

Voilà ce qu'on voit à l'état de dilatation de l'anus.

Mais, si l'on vient à cesser la traction qui maintient l'écartement de l'anus ou à retirer progressivement la valve de Sims, tout aussitôt on assiste à un véritable changement à vue. Immédiatement, le chancre se transfigure, pour se présenter sous tel ou tel des deux aspects que voici :

Ou bien on le voit se froncer, se crisper, à la façon du collet d'une bourse dont on tire les cordons pour la fermer. De sorte que, dans ce froncement concentrique, les divers segments qui constituent la

surface de la plaie reviennent sur eux-mêmes, se rapprochent, entrent en contact réciproque et s'adossent, à la façon des plicatures du collet d'une bourse.

Ou bien encore il se produit un phénomène plus curieux consistant en ceci : le chancre se trouvant divisé en deux segments rigides (enraidis qu'ils sont par l'infiltration sous-jacente), ces deux segments s'écartent et se séparent à la façon des deux moitiés d'un livre que l'on ouvre, alors que l'on vient à écarter l'anus et pour tout le temps qu'on le maintient dilaté. Puis, inversement, dès qu'on cesse de distendre l'anus, ils reviennent aussitôt au contact, c'est-à-dire en adossement réciproque, et cela encore à la façon des feuillets d'un livre que l'on ferme. D'où le nom donné à la lésion de « chancre *en feuillets de livre* ».

Indolent à l'état de repos de la région, ce chancre est toujours douloureux au moment de la défécation ; mais il ne l'est jamais (sauf exceptions bien rares, comme dans un cas du Dr Paul Jean) qu'à un degré moyen ou léger. Il est donc très différent en cela de la fissure anale.

Son induration est-elle perceptible ? Quelquefois, oui ; — mais *non* le plus souvent, ce qui tient à la disposition et à la tension naturelle des parties, à la contraction réflexe du sphincter, à la douleur, à la résistance du malade, etc.

Évolution, durée. — En raison de son siège, de sa configuration froncée, des irritations et des déchirures auxquelles il est exposé, le chancre anal est sujet à s'enflammer, à devenir douloureux, éréthique, à se compliquer d'érythème, de lymphangite, etc. Il n'évolue donc qu'assez lentement. Aussi bien sa durée n'est-elle que rarement inférieure à deux mois (sauf dans les cas où il est traité et bien traité dès le début) ; elle peut même se prolonger davantage.

Diagnostic. — 1. — L'*hémorroïde ulcérée* a plus d'une fois éveillé le soupçon de chancre ; — comme aussi, et plus souvent encore, le chancre anal a pu être pris indûment pour une ulcération hémorroïdaire.

La méprise cependant sera facilement évitée si l'on tient compte des considérations suivantes :

D'abord, une ulcération d'origine hémorroïdaire ne saurait être mise en cause indépendamment des deux conditions suivantes : 1° des antécédents plus ou moins éloignés de fluxions et de crises hémorroïdaires (car ce n'est pas à propos d'une première ou de premières crises hémorroïdaires que se produit un sphacèle, puis une ulcération de l'anus) ; — 2° des antécédents rapprochés, tout récents, d'une crise hémorroïdaire violente, accompagnée de douleurs vives, d'accidents suraigus d'étranglement et de gangrène, tous phénomènes trop connus pour que j'aie à les décrire.

En second lieu, l'ulcération hémorroïdaire a toujours pour symptômes contemporains, pour symptômes *témoins*, dirai-je, une

fluxion locale notablement intense, un bourrelet extra-anal plus ou moins volumineux, voire une corolle de tumeurs anales.

Finalement, la présence ou l'absence d'une adénopathie spécifique viendra compléter ce diagnostic, qui, vraiment, n'offre pas grandes difficultés.

II. — *Fissure anale.* — Si la fissure ne risque guère d'être prise pour un chancre anal, en revanche le chancre anal a plus d'une fois été taxé de fissure.

Trois signes interviendront ici pour fixer le diagnostic, à savoir :

1° D'abord, le chancre, même dans sa forme fissuraire, est presque toujours une lésion plus importante, plus large, moins *effilée* « en trait de plume », que ne l'est la fissure.

2° Le chancre a une adénopathie spéciale, que n'a pas la fissure.

3° Et surtout le chancre, relativement à la fissure, peut être dit une lésion indolente. A ce point de vue, il se différencie absolument de la fissure, laquelle, on le sait de reste, est une affection douloureuse, très douloureuse, et une affection dont les douleurs seules sont doublement significatives, à savoir : de par leur échéance d'apparition (un quart d'heure, vingt minutes après les selles) ; — et surtout de par leur caractère d'*éréthisme spasmodique*, leur acuité, leur intensité souvent considérable et presque caractéristique.

On a bien parlé de chancres à douleurs « fissurales », mais ce ne sont là, à coup sûr, que de rarissimes exceptions.

III. — *Ulcères tuberculeux.* — Les ulcérations tuberculeuses ne sont pas très rares au niveau des régions anale, périanale ou même rectale ; mais il est rare qu'elles simulent véritablement le chancre.

Ce sont exclusivement les ulcérations tuberculeuses encore jeunes, encore restreintes de dimensions, qui pourraient donner le change. Mais celles-ci même se différencient du chancre par toute une série de caractères, tels que les suivants :

1° Bords bien accentués, à entaillure intéressant tout ou partie de l'épaisseur du derme ; — quelquefois encore, assez souvent même, bords décollés.

2° Fond déprimé, fond « en contre-bas », relativement aux bords de la lésion.

3° Fond jaunâtre et fond inégal, donc très différent à ces deux points de vue de l'aspect usuel du chancre syphilitique qui, d'une part, est ou rouge ou grisâtre, et, d'autre part, lisse, uni, vernissé.

4° Base dépourvue d'induration, tout au moins d'une induration comparable à celle du chancre.

5° Absence d'adénopathie satellite ; tout au moins pas d'adénopathie comparable à celle du chancre.

6° Évolution chronique.

Sans parler même de quelques autres signes qui peuvent apporter leur contingent, tels que la coexistence au pourtour de la lésion de

petits points jaunes (*points jaunes de Trélat*) constitués par des tubercules miliaires en voie d'évolution ; — sans parler non plus des renseignements indirects tirés de la constitution du malade, de ses antécédents, de l'état du poumon, etc.

Traitement. — Rien à dire des chancres périanaux qui sont des chancres cutanés et qui ne comportent rien autre que le traitement des chancres cutanés.

Au contraire, les chancres de l'anus donnent lieu à quelques indications particulières.

D'abord, à quels topiques avoir recours pour les panser ? Les corps gras sont certainement, de par expérience, ce qui leur convient le mieux. Car, sauf exceptions rares, tout autre topique n'aboutit guère qu'à les exciter, à les irriter, à les enflammer. Pommades au calomel ou à l'iodoforme (à la dose de 1 à 2 grammes pour 10 grammes de vaseline), voilà ce qui est devenu d'usage le plus habituel. J'ai vu toutefois certains chancres « irritables » ne tolérer que la vaseline simple ou le cérat opiacé, ou bien encore quelque préparation cocaïnée.

En second lieu, comment panser ces divers chancres?

I. — S'ils sont tout à fait extérieurs, on peut se contenter de les panser à plat, avec une couche d'ouate enduite de tel ou tel topique.

S'ils présentent la forme dite en « feuillets de livre », on aura soin d'interposer une lamelle d'ouate entre les deux « feuillets », et cela jusqu'au niveau de leur sillon de convergence. Puis, ce pansement sera recouvert d'une couche d'ouate et de quelques compresses. Finalement, il sera immobilisé par un bandage en T.

Il va sans dire qu'un pansement de ce genre, pour être bien fait, réclame le secours d'une main étrangère. Il ne sera donc jamais confié au malade.

II. — Si le chancre est interne, c'est-à-dire s'il siège dans le canal de l'anus, une mèche devient nécessaire. Pour que cette mèche (enduite, bien entendu, de telle ou telle pommade) soit tolérable et tolérée, il faut qu'elle ne soit pas trop grosse. Une petite mèche, quelque peu inférieure comme volume à un porte-plume ordinaire, est plus que suffisante.

Mais ce qui n'est pas moins utile à la cure, ce qui peut-être même y contribue plus efficacement, c'est une série de menues précautions vraiment indispensables en l'espèce, à savoir :

1° Surveiller les garde-robes et prévenir la constipation, en ne perdant pas de vue que certains malades, dans la crainte des douleurs déterminées par la défécation, retardent le plus possible le moment d'aller à la selle.

2° Ne permettre aux malades d'aller à la selle qu'à la suite d'un grand lavement huileux, destiné à diluer les matières, non moins

qu'à en rendre le passage plus facile. Il est d'expérience, en effet, qu'un bol fécal volumineux et dur court risque de distendre et d'érailler, voire de déchirer la surface du chancre.

3° Avant chaque selle, onctions graisseuses sur l'anus, en vue de protéger, dans la mesure du possible, la surface du chancre contre des contacts irritants.

4° Ablutions prolongées après chaque selle, et pansement immédiat à la suite.

Joignez à cela l'usage de grands bains et de bains de siège fréquemment répétés (un bain général tous les deux ou trois jours; un bain de siège matin et soir dans une décoction tiède de guimauve), et vous aurez l'ensemble du traitement qui convient le mieux au chancre de l'anus.

III. — Les mêmes indications se présentent à remplir pour le chancre rectal, qui, lui aussi, sera pansé de la même façon (soit avec des mèches enduites de pommade à l'iodoforme, soit encore avec des suppositoires iodoformés).

Le Dr Campenon dit s'être bien trouvé, pour combattre l'élément douloureux et l'élément septique, de grandes irrigations chaudes de chloral (à un gramme pour 100 grammes d'eau), portées dans le rectum par une sonde à double courant, laquelle offre l'avantage d'éviter la distension de l'intestin. C'est là une pratique à ne pas oublier.

En tout cas, une indication plus urgente est celle de lavements fréquents (lavements à la décoction de guimauve ou à l'eau boriquée, matin et soir), en vue d'exonérer l'intestin, ce qui a pour résultat de prévenir la distension de l'ampoule rectale et surtout la stagnation irritante des matières au contact du chancre.

PRONOSTIC DE LA SYPHILIS ISSUE DE CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX.

Les chancres extra-génitaux ont *mauvais renom*. On les considère comme servant d'origine à des syphilis graves, à ce qu'on appelle de *mauvaises* syphilis. Et, en effet, on a eu maintes fois l'occasion d'observer des syphilis plus ou moins sérieuses, voire malignes, comme conséquences d'infections de cet ordre.

Mais peut-être a-t-on été frappé de ce dernier fait plus que de raison et lui a-t-on attribué une signification qu'il ne comporte pas.

D'une part, en effet, les chancres extra-génitaux (on le sait de reste) ne sont pas les seuls à servir d'origine à des syphilis graves. D'autre part, ils ne préludent pas toujours à des syphilis graves; ils donnent naissance, eux aussi, et pour une bonne part que l'on néglige, à des syphilis d'intensité ou moyenne ou légère.

Puis, si l'on descend aux détails, comme je l'ai fait dans une triple statistique reposant sur un nombre de cas considérable, on aboutit à ce résultat que, proportionnellement à leur fréquence, les chancres

extra-génitaux ne fournissent un quotient supérieur à leur moyenne numérique ni comme accidents tertiaires, ni comme syphilis malignes précoces ou à tertiarisme prématuré, ni comme syphilis à localisations graves, notamment à localisations cérébrales.

Enfin, de l'aveu commun, toutes les syphilis de provenance extra-génitale ne sont pas indifféremment graves. Ce sont certaines d'entre elles seulement (à savoir les syphilis d'origine mammaire, d'origine digitale et d'origine vaccinale) qui se sont distinguées parfois par un cachet de malignité particulière, et c'est de celles-là qu'a rejailli le renom de « mauvaises syphilis » sur tout le groupe des syphilis extra-génitales. Or, ici encore, quand on procède à l'analyse étiologique des faits, on aboutit à cette conclusion que le caractère intensif, voire malin, de ces trois ordres de syphilis relève bien moins de la spécialité de siège de leur accident primitif que de conditions tout autres, à savoir de conditions individuelles, de conditions de terrain, etc., toutes essentiellement propres aux sujets affectés.

Je ne saurais insister davantage. Pour être discutée à fond, cette question exigerait de minutieux développements qui ne seraient pas ici à leur place. Je l'ai longuement débattue dans mon livre sur les *chancres extra-génitaux*, auquel je renvoie le lecteur, et je me bornerai à reproduire ici les conclusions de l'enquête instituée par moi sur ce sujet :

1° Il est indéniable que les syphilis de provenance extra-génitale se présentent quelquefois avec un cachet de gravité peu commune, voire insolite pour certains cas.

2° Mais, quand on vient, au lieu de s'en tenir à quelques cas particuliers, à mettre en parallèle par gros chiffres, par gros bataillons, les syphilis extra-génitales et les syphilis de provenance génitale, on ne voit pas que celles-là comportent un pronostic plus grave que celles-ci. Considérées en masse, les syphilis extra-génitales n'ont d'autre pronostic que celui de toutes les syphilis, quel qu'en soit l'accident d'origine, ou, disons mieux, que celui de la syphilis en général.

3° D'autre part, alors que les syphilis extra-génitales viennent à se signaler par une gravité particulière, une enquête étiologique instituée sur elles permet presque toujours d'imputer rationnellement cette gravité insolite à certaines circonstances, à certaines conditions propres aux malades; — et cette interprétation est bien autrement légitime, bien autrement plausible que celle qui, sans l'ombre d'une preuve, même sans une ébauche de preuve, attribue une importance pronostique à la spécialisation de siège de l'accident originel, à la localisation du chancre.

En un mot, ce qui paraît faire la gravité d'une syphilis, c'est la nature du *terrain*, la *qualité du malade*, si je puis ainsi parler, bien plutôt que le *siège d'implantation de la graine*.

4° De tout ce qui précède résulte en dernière analyse que l'EXTRA-GÉNITALITÉ du chancre ne constitue en rien de par elle-même, de par elle seule, un élément, un présage de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre.

V. — **Variétés d'évolution. — Chancres successifs.** — Lorsque la syphilis fait invasion par plusieurs chancres (et cela soit sur une même région, soit sur des régions diverses, n'importe), deux cas sont possibles :

Ou bien ces chancres sont d'éclosion *synchrone*, simultanée ; c'est-à-dire qu'ils apparaissent tous en même temps ou à distance chronologique très rapprochée (d'un jour à l'autre, par exemple). — C'est là le fait commun, courant.

Ou bien, ce qui est infiniment plus rare, ces chancres multiples font éclosion les uns après les autres et à échéances plus ou moins espacées, c'est-à-dire à intervalles de plusieurs jours (4, 6, 8, 10, 12 jours, par exemple). — On leur donne alors le nom de *chancres successifs*.

On a beaucoup discuté sur ces chancres successifs, et force m'est d'avouer par avance que leur histoire clinique comporte divers points encore indéterminés.

D'abord, sont-ils bien authentiques ? Certes oui. Cependant on les a niés, récusés. Au nom des principes on a dit ceci : « L'infection syphilitique est acquise avec un premier chancre, et la saturation infectieuse dès lors accomplie. Donc l'organisme, à dater de ce premier chancre, n'est plus susceptible d'une contamination subséquente. Par conséquent, les prétendus chancres successifs ne sont que des erreurs d'observation ; ce sont tout simplement des chancres contemporains dont le synchronisme a été *méconnu par inobservation* ; etc.... » — Erreur matérielle, répondrai-je. Les cas de chancres successifs ne reposent pas seulement sur des récits, des « racontars » de malades, susceptibles en effet de mal s'observer et de laisser passer inaperçue l'origine de leurs chancres. Ils ont une base autrement sérieuse, à savoir celle de l'observation médicale. Maintes fois des médecins, observant leurs malades presque jour par jour, ont vu, de leurs yeux vu, des chancres syphilitiques éclore successivement, à intervalles plus ou moins espacés. Exemple du genre :

Un jeune homme vient me trouver le 25 novembre pour une blennorrhagie datant de la veille et reconnaissant sûrement pour origine un rapport remontant au 20 du même mois. — Je le traite pour sa blennorrhagie. — Le 28 décembre, il me montre une minuscule lésion du prépuce qui (sans rapport nouveau) s'est produite depuis deux jours et qui, vraiment, n'offre encore aucun caractère de nature à permettre un diagnostic quelconque. — Le 4 janvier, en revanche, cette lésion, qui s'est élargie, se présente avec l'appa-

rence peu douteuse d'un chancre syphilitique. Cependant, je ne trouve pas encore de ganglions inguinaux. — En outre, ce même jour, je découvre sur le frein une toute petite érosion, de caractère indéterminé. — Le 9 janvier, aucun doute ne saurait subsister sur la qualité des deux lésions précitées ; l'une et l'autre, en effet, élargies et légèrement parcheminées de base, ont pris les attributs du chancre syphilitique, et, d'autre part, des ganglions sont devenus perceptibles dans les deux aines. — Enfin, le 15 janvier, le malade vient me montrer une nouvelle lésion qui est apparue dans la rainure glando-préputiale depuis sa dernière visite (lésion qui, bien sûrement, est de date toute récente, car j'avais procédé le 9 à un examen minutieux de la verge sans rien découvrir en ce point). Celle-ci consiste en une petite érosion lenticulaire, déjà quelque peu foliacée de base et semblant bien constituer un nouveau chancre. — Les jours suivants, en effet, elle devient un type de chancre induré. — Pas de traitement général.

Le 14 mars, roséole. — Le 31 mars, syphilides du gland et de l'anus. — Ultérieurement, diverses manifestations secondaires, que je passe sous silence.

Ainsi donc : premier chancre apparu le 26 décembre ; — second chancre apparu dans les premiers jours de janvier ; — troisième chancre faisant seulement éclosion au plus tôt le 10 janvier, c'est-à-dire environ *quinze* jours après le premier.

Des cas identiques ou analogues existent en très grand nombre dans la science et ne souffrent pas contradiction. Donc, la *successivité* possible des chancres syphilitiques multiples est, en principe, un fait démontré.

Mais, si la discussion peut être dite fermée sur ce premier point, elle reste ouverte sur d'autres, tels que les suivants :

1. — Les chancres successifs dérivent-ils d'une seule et même contamination ou bien de contaminations successives, surajoutées?

Il est certain qu'ils peuvent dériver d'une contagion unique. A preuve certains cas où on les a vus se produire à la suite d'un rapport *unique* de date précise, avant et après lequel les malades ne s'étaient exposés à aucun autre risque de contamination.

Mais, peuvent-ils dériver de contaminations *successives*, comme dans les cas, par exemple, où les malades ont continué à avoir rapport pour un certain temps avec une femme affectée de lésions contagieuses? Cela, la clinique n'est pas en état de l'établir, parce qu'elle n'a aucun moyen de rapporter tel ou tel chancre à une contamination de telle ou telle date. L'expérimentation seule pourrait répondre à la question. Elle y a répondu en démontrant que des inoculations successives, pratiquées à courtes échéances, ont pu déterminer des chancres successifs. Bien peu nombreux et bien précaires, à la vérité, sont les documents qu'elle nous a fournis sur ce point. Cependant, elle paraît avoir établi en principe que, pour avoir subi une première fois l'insertion du virus syphilitique, l'économie n'est pas immédiatement réfractaire à une insertion itérative du même virus. D'où il suit

qu'appliquant ce résultat à la clinique, nous sommes autorisés à croire que des chancres successifs peuvent bien en toute vraisemblance dériver de contaminations successives, s'étant exercées à courtes échéances. — La question, au surplus, ne comporte qu'un intérêt théorique.

II. — Second point, celui-ci plus important: *A quelles échéances après le premier chancre se produisent les éclosions chancreuses successives?*

1° Pour l'énorme majorité des cas, à distance de quelques jours, à savoir : 1, 2, 3, 4 jours; assez souvent encore 5, 6 ou 7.

2° Bien plus rarement, elles sont plus tardives et n'entrent en scène qu'au cours ou à la fin du second septénaire qui suit l'invasion du premier accident. Exemple le cas précité, où le troisième chancre fit son apparition *quinze* jours après le premier. — De même, dans un cas relatif à quatre chancres faciaux (cas présenté tout récemment à la Société de dermatologie par l'un de mes internes, M. Lesné), un premier chancre apparut à la lèvre inférieure dans les premiers jours de juin; puis deux autres se montrèrent au menton quatre jours après; puis un dernier à la lèvre supérieure environ *douze* jours après le début du premier (1).

3° Enfin, l'invasion de ces chancres successifs peut-elle se faire plus tard encore? Oui, s'il faut ajouter foi à certaines observations d'après lesquelles elle ne se serait produite qu'après 17, 20, 20, 21, 21, 21, 24, 25 jours (Haslund, Diday, Jullien, Kopp, Charrier, Cullerier, Audry). Mais les observations de cet ordre sont encore en trop petit nombre pour n'être acceptées que sous bénéfice d'inventaire. Je me garderai de les récuser (bien que n'en ayant pas encore rencontré de semblables); mais, pour des raisons que je vais dire, je crois qu'elles exigent confirmation par un supplément d'enquête.

III. — D'autant que, vraiment, cette question des chancres successifs est plus complexe et plus délicate qu'on ne le suppose. Elle comporte des difficultés que connaissent seulement les spécialistes et dont n'ont même pas notion les médecins qui observent en dehors de nos services. Il est beaucoup plus embarrassant qu'on ne pense de mettre l'étiquette de chancre successif sur une lésion qui se produit à la suite et au voisinage d'un chancre syphilitique. Et cela, parce qu'un tel diagnostic est entouré de causes multiples d'erreur.

Ainsi, en pareille occurrence, il y a pour le moins *quatre erreurs possibles* qu'il s'agit d'éviter. A savoir : Ne pas prendre pour un chancre successif ce qui est une *érosion de balanite* ou de balano-posthite; — ce qui est une érosion d'*herpès*; — ce qui est une *syphilide précoce*; — ce qui est une *érosion de lymphangite satellite*. — Je précise.

(1) V. *Annales de dermat. et de syphil.*, juillet 1897, p. 738. — Voir aussi un cas analogue publié par le Dr Cenas dans le *Journal des mal. cut. et syph.*, 1895.

1° Il est absolument commun que des chancres non soignés ou irrités par une cause quelconque déterminent à leur voisinage un certain degré d'inflammation qui se traduit par des érosions de balanite ou de balano-posthite. Or, entre une érosion de balanite bien accentuée et une érosion chancreuse, les différences objectives ne sont pas telles qu'un médecin même expert ne puisse s'y tromper. D'autant qu'assez souvent la diffusion de l'induration chancreuse sous-tend ces érosions balanitiques d'une assise plus ou moins rénitente.

2° Et c'est bien autre chose pour l'herpès. Il est des cas (à coup sûr, trop peu remarqués) où des éruptions d'herpès précèdent, accompagnent ou suivent l'éclosion du chancre syphilitique. Très positivement, le chancre est parfois le prétexte, l'occasion, le signal d'un véritable *orage herpétique* qui multiplie ses décharges au voisinage ou à distance du chancre. Exemple, entre nombre d'autres, le cas suivant que je citerai sommairement comme spécimen :

X..., âgé de 33 ans. Bonne santé habituelle. — Non sujet à l'herpès.

Le 13 février 1895, à la suite d'un rapport plus que suspect, explosion d'une poussée d'*herpès* au niveau de la rainure et du gland (cinq érosions herpétiques très nettement accentuées). — Cicatrisation en quelques jours.

La semaine suivante, nouvelle poussée d'*herpès* génital. — Quelques jours après, *nouvelle poussée*. — Cicatrisation.

Le 16 mars, le malade revient me trouver pour trois nouvelles érosions *herpétiques* au niveau du gland et du prépuce. — En outre, *bouquet confluent d'herpès vésiculeux sur la fesse gauche*.

Le 20 mars, érosion nouvelle de la muqueuse préputiale. — Celle-ci s'élargit, s'indure et persiste. Elle s'atteste bientôt pour un chancre syphilitique. — Adénopathies bi-inguinales en pléiade. — Nouvelle érosion d'*herpès* les jours suivants. — Nul rapport depuis février.

Je ne revois plus le malade que le 2 mai, à propos d'une invasion secondaire aussi typique que possible : Syphilide érythémateuse ; — croûtes acnéiformes du cuir chevelu ; — plaques muqueuses gutturales. — En outre, nouvelle *érosion herpétique* de la rainure.

Or, ai-je à répéter ce que j'ai dit plusieurs fois dans ce qui précède, à savoir que l'herpès est une des lésions qui en imposent le plus souvent pour le chancre syphilitique ? Entre un herpès un peu large et un chancre un peu petit, que de ressemblances d'objectivité ! Il y a plus, entre un herpès chancriforme et un chancre herpétiforme, c'en est fait de toutes dissemblances objectives. Donc, quoi de plus facile, relativement au cas qui nous occupe, que de prendre pour un chancre successif ce qui n'est qu'une lésion d'herpès ?

3° Il n'est pas rare que la première poussée secondaire, avant de se répandre et de se disséminer sur tout le corps, se localise pour un temps autour du chancre. C'est ainsi (à n'en citer que deux exemples au hasard) que, sur un de mes clients, l'invasion secondaire s'inaugura par trois syphilides sub-ulcéreuses qui se produisirent au pour-

tour même du chancre, pour être bientôt suivies par d'autres accidents de même ordre disséminés. — C'est ainsi de même que, sur un autre de mes malades, affecté d'un chancre de la rainure glando-préputiale, neuf syphilides érosives, lenticulaires, se constituèrent sur le gland et le prépuce, en devançant d'une dizaine de jours l'entrée en scène de la poussée éruptive secondaire. Or, chancriformes d'aspect, ces diverses lésions étaient bien de nature à en imposer pour des chancres successifs.

4° Mais, de toutes les lésions propres à donner le change en l'espèce, aucune n'est plus insidieuse que la *lymphangite satellite du chancre* que j'ai décrite précédemment (page 58). — On sait qu'il se produit parfois, au voisinage ou à quelque distance du chancre, de petits infiltrats plastiques bien circonscrits, sous forme de nodosités ou de ménisques d'une rénitence comparable à celle de l'induration chancreuse. Or, que la surface d'un de ces infiltrats vienne à s'éroder sous une influence quelconque (telle qu'une inflammation locale), voilà du coup constituée une lésion qui, à la fois érosive et indurée, reproduit le type du chancre. Elle peut même le reproduire à ce point que tout diagnostic différentiel devienne *impossible* en dehors des antécédents. Je le demande, une telle lésion n'est-elle pas admirablement faite pour simuler un chancre successif?

Eh bien, pour en revenir à la question sur laquelle porte le débat actuel, s'est-on toujours préoccupé, dans le diagnostic des chancres successifs, des diverses causes d'erreur que je viens de signaler ? Je ne crains pas de répondre par la négative. En sorte que, nécessairement, des méprises ont dû se produire plus d'une fois en l'espèce et que plus d'une fois on a dû considérer comme chancres successifs des lésions d'un tout autre ordre.

Conclusion : L'étude des chancres successifs est à reprendre sur des faits nouveaux et d'après les notions nouvelles de la science contemporaine.

IV. — Dernier point. — On a dit que, dans les cas où plusieurs chancres se produisent d'une façon successive, « les derniers venus offrent un développement moindre que les premiers en date, ce qui tendrait à démontrer de la part de l'organisme un commencement d'immunité ». Cette vue théorique est loin d'être confirmée par les faits. Exemple : Dans le cas précité de Lesné, relatif à quatre chancres faciaux successifs, celui qui apparut en dernier lieu (douze jours après le premier) se montra au contraire remarquable par des dimensions plus amples et une excavation plus accentuée; c'était, de tous, le plus grand et le plus creux.

Cependant une distinction ne serait-elle pas à introduire ici entre les chancres successifs qui, nés avant la période d'immunité acquise, ont toute liberté pour se développer suivant le mode usuel, et ceux qui, naissant plus tard, c'est-à-dire à l'époque où l'immunité s'élabore

dans l'organisme, sont destinés par le fait même de la saturation infectieuse, à végéter, à *avorter*, à mourir sur place? Et, dans cette hypothèse, ne serait-ce pas à de tels chancres abortifs qu'il conviendrait de rapporter ces petites lésions érosives qu'on voit parfois se produire au voisinage d'un premier chancre, auxquelles il est impossible d'assigner un caractère quelconque, et que, faute de mieux, on qualifie vaguement d'érosions balanitiques, inflammatoires, herpétiques, etc.?

Je ne fais que poser la question, ne disposant d'aucun élément pour la résoudre.

COMPLICATIONS DU CHANCRE.

Pour la très grande majorité des cas, le chancre syphilitique est une lésion aphlegmasique, froide, indolente, qui n'éveille aucune réaction ni locale, ni moins encore générale, qui n'excite aucune sympathie organique, et qui, somme toute, reste exempte de complications. Parfois cependant il déroge à cette règle, pour aboutir à divers accidents, la plupart sans importance, quelques-uns sérieux ou même graves, dont l'étude doit nous occuper actuellement.

I. — Accidents inflammatoires. — Le chancre syphilitique ne s'enflamme que très exceptionnellement *sponte suâ*. Presque invariablement il n'aboutit à des complications phlegmasiques que s'il y est incité, provoqué par des causes étrangères, à savoir : le plus souvent par des causes locales (défaut de soins et d'hygiène ; malpropreté, incurie ; — topiques irritants ; — cautérisations intempestives ; — coït, etc.) ; — bien plus rarement, par des causes générales, telles que alcoolisme (sous forme ou bien d'alcoolisme chronique, habituel, ou bien d'excès alcooliques actuels), fatigues, surmenage, etc.

Le phimosis, le paraphimosis et la balano-posthite, pour n'être le plus habituellement que des résultats, des effets de l'inflammation du chancre, n'en sont pas moins aptes à lui servir quelquefois de causes. Ainsi, le chancre sous-préputial s'enflamme souvent par le seul fait qu'il est sous-préputial, c'est-à-dire parce qu'il ne peut être pansé, parce qu'il baigne dans les liquides qui stagnent sous le prépuce.

Symptômes. — Quelle que soit la cause dont il dérive, le **chancre enflammé** se présente avec une physionomie quelque peu spéciale et avec divers symptômes surajoutés à ses symptômes propres. Ainsi, il se tuméfie, se boursoufle, s'entoure d'une aréole hypérémique ; de plus, il devient douloureux, prurigineux, sensible spontanément et plus sensible encore au palper, à la pression, au lavage. — En outre, il change d'aspect, sa surface devenant d'un rouge ardent, foncé, parfois même livide et vineux, plus rarement pultacé, ou bien d'un brun noirâtre, ou bien encore ecchymotique par îlots. — Il sécrète plus abondamment, et il sécrète un liquide sanieux, roussâtre, strié

de sang. — Enfin, comme nous le verrons, il peut aboutir à la gangrène.

D'autre part, ce chancre enflammé réagit à son tour sur les parties voisines, en y déterminant quelques accidents de même nature, tels que les suivants : *œdème* inflammatoire des téguments qui se boursouflent, qui deviennent pâteux et bouffis ; — quelquefois, œdème *rosé*, constituant une nappe inflammatoire qui se répand sur le prépuce et une portion du fourreau ; — puis, retentissement inflammatoire sur le système lymphatique, et alors *lymphangite* de voisinage, s'attestant sur les parties latérales ou dorsales de la verge par l'apparition de cordons noueux, de « ficelles », avec renflements moniliformes ; — état fluxionnaire des ganglions ; — possibilité même d'adénites subaiguës ou aiguës, dont nous aurons à parler plus tard.

Chez l'homme, cet état inflammatoire du chancre a pour conséquences fréquentes, surtout dans ses formes accentuées, trois accidents dont il a été déjà question précédemment, à savoir : le **phimosis** ; — la **balano-posthite**, avec déformations variées de la verge (prépuce œdémateux, se contournant « en vrille » ; verge en massue, en « battant de cloche », etc.) ; — et le **paraphimosis**.

Ce dernier accident, à la vérité, est bien moins souvent le résultat direct de l'inflammation du chancre que d'une imprudence commise par le malade. Presque toujours, en effet, il se produit dans les conditions que voici : Un malade, je suppose, était affecté d'un chancre avec phimosis incomplet. Pour examiner ou panser son chancre, il a « forcé » son phimosis et « décalotté » ; mais, cela fait, il n'a pu ramener le prépuce sur le gland. Alors, il a laissé les choses en l'état ; il a différé, attendu. Puis, le paraphimosis s'est confirmé par tuméfaction du gland semi-étranglé et formation d'un ou de plusieurs bourrelets œdémateux en arrière de la rainure. Finalement, le malade nous arrive avec la verge « coudée en pipe allemande », suivant l'expression consacrée, le gland découvert, relevé, turgide, le prépuce transformé en gros bourrelets qui commencent à s'ulcérer sur le dos de la verge, et tous autres symptômes d'état paraphimosique que je n'ai pas à décrire.

Il va sans dire que ce paraphimosis comporte, quant à lui, les conséquences et les dangers (d'ailleurs rares) de tout paraphimosis, quelle qu'en soit l'origine. Mais à cela s'ajoute, en l'espèce, la réaction qu'il exerce sur le chancre, réaction congestive et inflammatoire. Aussi bien le chancre compliqué de la sorte ne tarde-t-il pas à devenir rouge, vineux, violacé, livide, à s'enflammer, parfois même à se gangrener.

Il va sans dire également que le paraphimosis qui complique un chancre reste susceptible des mêmes interventions que le paraphimosis d'ordre vulgaire, à savoir : bains prolongés, taxis après mouchetures à l'aiguille flambée et après malaxation du prépuce, au besoin

même et dès qu'il y a menace d'étranglement véritable, débridement.

Des complications de même nature peuvent se produire chez la femme. Mais elles sont beaucoup plus rares chez elle, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, le chancre est le plus souvent, dans le sexe féminin, une lésion d'importance moindre que chez l'homme ; — et, en second lieu, parce qu'il n'existe pas chez la femme de dispositions anatomiques correspondantes à celles qui, chez l'homme, déterminent les diverses complications locales dont je viens de parler.

Chez la femme, les complications des chancres génitaux se réduisent aux symptômes d'une *vulvite* partielle, consistant en ceci : rougeur, chaleur morbide, tuméfaction, endolorissement, bref, état inflammatoire de la région qui avoisine le chancre ; parfois aussi œdème plus ou moins accusé.

Cet **œdème**, alors qu'il affecte de notables proportions, devient en l'espèce le symptôme prédominant, et cela de par les déformations singulières, étranges, presque alarmantes quelquefois, qu'il imprime aux parties. Sous son influence, en effet, les grandes lèvres démesurément tuméfiées prennent la forme et les dimensions de deux ou trois quartiers d'orange, d'un œuf, d'une moitié de citron ; — les petites lèvres, doublées, triplées, quintuplées de volume, pendent en dehors de la vulve, en formant de gros bourrelets rosés et demi-transparents, quelquefois tordus, tortillés sur eux-mêmes, et affectant alors des configurations assez bizarres pour qu'on ne sache guère, au premier coup d'œil, quel organe se présente ainsi transfiguré. — Si bien que, dans les cas de ce genre, le phénomène accessoire devient la lésion essentielle aux yeux des malades ; le chancre avait pu ne pas les inquiéter ; mais cette complication les effraie, les affole, et c'est pour elle seule, bien souvent, qu'elles viennent consulter le médecin.

En d'autres circonstances, et cela beaucoup plus rarement, il se produit à la vulve, comme complication du chancre, une lésion assez bizarre qui a reçu le nom de **sclérème vulvaire**.

Elle consiste en ceci : la grande lèvre (plus rarement la petite) se tuméfie au pourtour du chancre, d'abord partiellement, puis d'une façon générale, en s'infiltrant d'un exsudat néoplasique qui lui communique une *dureté* particulière. Elle présente alors une rénitence qui n'est ni celle de la tension inflammatoire ni celle de l'empâtement œdémateux, rénitence parcheminée, sèche, ne cédant pas sous le doigt, tout à fait *sui generis*. On dirait positivement une grande lèvre en carton-pâte, comme dans les moulages de notre musée.

Cette infiltration scléreuse est toujours assez persistante. Elle dure bien plus longtemps qu'un simple œdème ou qu'une tuméfaction inflammatoire vulgaire. Les antiphlogistiques n'en font pas justice

comme de ces derniers accidents. J'ai essayé contre elle divers moyens en pure perte. Ce qui m'a le moins mal (je ne dis pas le mieux) réussi, c'est l'emploi de bains répétés et prolongés, de poudres isolantes et du pansement ouaté. — Dans une période avancée, quelques badigeonnages à la teinture d'iode ne sont pas sans effet pour activer la résolution.

Réserve faite pour ce dernier accident, les complications inflammatoires du chancre chez la femme sont d'ordre bénin et de caractère essentiellement résolutif. Elles s'atténuent et se dissipent rapidement sous l'influence de quelques soins d'hygiène et d'un traitement des plus simples consistant en ceci : repos, au moins relatif; — bains tempérants, renouvelés au besoin tous les jours ; — fomentations émollientes, puis légèrement astringentes; — pansements méthodiques du chancre, etc.

II. — Accidents gangreneux. — I. — Il n'est pas rare que le chancre syphilitique, même dans ses formes usuelles et bénignes, présente à son centre une toute petite zone de sphacèle absolument superficiel, extrêmement mince et comparable comme finesse à une toile d'araignée. C'est là ce que j'ai appelé le *sphacèle pelliculaire* du chancre, sphacèle sans importance et méritant seulement d'être signalé comme transition aux faits qui vont suivre.

II. — Le véritable chancre gangreneux, le seul digne de ce nom, est celui où le processus sphacélique affecte une étendue et une épaisseur bien autrement notables, sans cesser cependant de rester un sphacèle *limité* et un sphacèle de *surface*. Car, au cas où le sphacèle excède ces proportions, c'est-à-dire devient extensif et profond, la lésion qui en résulte n'est plus seulement un chancre gangreneux, mais un chancre phagédénique de modalité gangreneuse.

Aussi bien le chancre gangreneux, tel qu'il convient de le concevoir dans une nomenclature méthodique, ne diffère-t-il guère objectivement du chancre commun, notamment du chancre enflammé, que par un aspect de surface. Il se présente avec une coloration livide, brune, violacée, d'un gris noirâtre, parfois même (mais plus rarement) presque noire, voire (ce qui n'est plus qu'exceptionnel) exactement noire comme du charbon, comme de l'encre. Et cette coloration, il la doit à ce que la couche superficielle des tissus qu'il affecte a été frappée de *mort*, ainsi que le démontre par ailleurs l'insensibilité absolue de ces tissus à la piqûre.

Au surplus, l'eschare ne devient bientôt que trop manifeste. Puis elle se détache progressivement et finit par tomber, sous forme d'un petit disque charnu, comparable comme étendue à une lentille, à une pièce de vingt ou de cinquante centimes, et d'une épaisseur variable entre un demi-millimètre et deux millimètres. — D'autres fois, au lieu de se séparer tout d'une pièce, elle se fragmente en lambeaux.

— D'autres fois, enfin, elle s'élimine par parcelles. Après sa chute, reste une plaie simple, d'un beau rouge, qui ne tarde pas à bourgeonner et tend d'une façon rapide à la cicatrisation.

Ce chancre gangreneux ne présente donc pas, au moins dans la forme que je viens de décrire, de gravité locale. Et cela pour une double raison : parce que, d'abord, il ne constitue presque jamais qu'un accident de surface ; — et, en second lieu, parce que son processus sphacélique n'intéresse assez souvent que le noyau même d'induration, sans affecter la trame des tissus sains (chancre dit *autogangreneux*).

III. — Enfin, comme variétés possibles, je signalerai les deux particularités suivantes :

1° Il est des cas où le processus sphacélique reste *partiel*, c'est-à-dire se produit par îlots à la surface d'un vaste chancre.

Exemple : Sur l'un de mes malades, un énorme chancre du prépuce, contournant presque toute la verge, fut frappé de sphacèle sur deux points, larges chacun comme un gros haricot. Situées à gauche et à droite d'une façon presque symétrique, ces deux plaques gangreneuses se détachaient sur la surface rouge du chancre à la façon d'îlots noirs et, sans aucune exagération, noirs comme de l'encre.

2° D'une façon plus que rare, tout à fait exceptionnelle, on a vu la gangrène du chancre se manifester sous la forme *blanche*, diphthéroïde. Ainsi, l'un de mes clients présentait un chancre gangreneux du prépuce qui était comme coiffé d'une couenne adhérente d'un blanc sale, laquelle se détacha à la façon d'une eschare.

Étiologie. — Les complications gangreneuses du chancre s'observent bien plus souvent chez l'homme que chez la femme, et cela sans doute parce qu'elles relèvent soit de causes spéciales au sexe masculin (phimosis, paraphimosis, balano-posthite), soit de causes relativement rares chez la femme, telles que alcoolisme, incurie, malpropreté, etc.

Il résulte de l'observation clinique que le plus souvent la gangrène dérive de causes *irritatives*, notamment de l'ordre de celles qui président à la genèse du chancre enflammé et qui nous sont connues par ce qui précède. Pour un très grand nombre de cas, c'est l'*excès d'inflammation* qui aboutit à la gangrène. Ainsi : Sur l'un de mes malades, un chancre, qui tout d'abord était des plus bénins, s'enflamma et devint gangreneux à la suite et certainement par le fait de toute une série d'applications topiques irritantes, notamment de six cautérisations au perchlorure de fer. — De même, sur un malade de notre policlinique, un chancre, originairement très bénin, devint inflammatoire et sphacélique à la suite de cautérisations journalières au nitrate d'argent pratiquées en ville par un pharmacien.

On a encore invoqué théoriquement, comme influences prédisposant à la gangrène, toutes conditions d'ordre dépressif, telles que

sénilité, débilité, glycosurie, surmenage, grossesse, misère, paludisme, etc. Pour s'être vérifiée quelquefois, l'action de ces diverses causes n'en reste pas moins encore à l'étude.

En tout cas, ce qui n'est pas douteux, c'est qu'assez souvent le chancre devient gangreneux, je ne dirai pas sans cause, mais sans cause nettement appréciable, comme s'il était gangreneux de son fait et de par son génie morbide propre. C'est ainsi que j'ai vu se produire un chancre gangreneux sur l'un de mes amis, garçon robuste, bien constitué, vivant dans l'aisance, observant une bonne hygiène, s'étant fort bien traité dès le début de son accident, s'étant soustrait à toute cause d'excitation, etc. Le sphacèle de ce chancre est toujours resté une énigme pour moi.

Aussi bien, en présence de tels cas où la déviation gangreneuse n'est expliquée par quoi que ce soit, a-t-on été conduit à la faire dériver de causes étrangères, fortuitement associées au chancre syphilitique, telles que coexistence d'un chancre simple ou bien infections microbiques surajoutées. Ce ne sont là, quant à présent, que de simples hypothèses, ne reposant sur aucune démonstration.

PHAGÉDÉNISME.

III. — Le phagédénisme n'est qu'une rareté pour le chancre syphilitique. Cette proposition, à force d'avoir été professée et répétée par Ricord, a fini par être exagérée et dénaturée. On a fait dire à l'illustre maître que « jamais le chancre de la syphilis ne devient phagédénique », ou bien encore que « jamais un chancre phagédénique n'est suivi d'accidents constitutionnels de syphilis ». C'est là une double hérésie, condamnée par la clinique. La vérité reste dans les termes et dans la mesure où s'était tenu Ricord en disant, d'une part, « que le chancre syphilitique n'est envahi par le phagédénisme que d'une façon rare (surtout relativement au chancre simple) », et, d'autre part, que « le phagédénisme chancreux ne constitue en rien une immunité contre la vérole ».

Pour ma part, je ne crois pas être éloigné d'une appréciation numérique assez exacte en évaluant à 6 pour 1000 environ le nombre des cas où, dans la clientèle de ville, le chancre syphilitique est envahi par le phagédénisme. Il est vrai qu'à l'hôpital ce chiffre est notablement dépassé, sans doute en raison de l'hygiène plus défectueuse des malades, de l'absence de soins, et aussi de l'alcoolisme, notablement plus fréquent dans la basse classe que dans la bourgeoisie.

Siège. — A quelques réserves près, on a observé le phagédénisme sur des chancres de toute localisation, comme nous l'avons vu précédemment à propos des chancres extra-génitaux. — A ne parler pour l'instant que des régions génitales, on l'a signalé le plus habituelle-

ment sur le gland, puis sur la rainure, le prépuce, le méat, le fourreau et l'urèthre. — Chez la femme, c'est la grande lèvre qui en paraît le siège préféré.

Symptomatologie. — Le phagédénisme du chancre syphilitique procède sous deux formes, à savoir : la forme *gangreneuse* ; — et la forme *ulcéreuse*, laquelle comporte une variété des plus rares, dite *phagédénisme érosif*.

I. — La première (**phagédénisme gangreneux**) consiste simplement en un grand chancre gangreneux, à la fois extensif et térébrant, lequel s'entretient et progresse par une série de mortifications partielles juxtaposées et stratifiées.

C'est-à-dire qu'on assiste à la scène suivante : formation, à la surface du chancre, d'une eschare plus ou moins étendue, facilement reconnaissable à sa couleur d'un brun foncé ou même d'un noir de charbon ; — détachement progressif de ce lambeau mortifié ; — puis, simultanément, production au pourtour et au-dessous de cette première eschare d'une autre et de plusieurs autres eschares absolument identiques ; — et ainsi de suite — De la sorte, extension et en même temps excavation du chancre. Si bien que toute la symptomatologie se résume en celle d'un chancre gangreneux qui s'étale et se creuse par une série d'escharifications successives.

II. — Dans la forme ulcéreuse (dite encore **phagédénisme inflammatoire** ou, mieux, **phagédénisme rouge** (expression qui a l'avantage de traduire un aspect sans rien préjuger de la qualité du processus), le mode d'extension et d'ulcération est bien autrement difficile à interpréter. On voit bien le chancre progresser en surface et en profondeur, mais par quel mécanisme? C'est là ce qui échappe. Car ce chancre ne laisse pas vestige des destructions qu'il réalise ; il détruit sans reliquats, sans cadavre (si je puis ainsi parler). Positivement, sous son influence, les tissus disparaissent par une sorte de fonte moléculaire invisible, inappréciable.

Cette forme correspond à une physionomie toute particulière et très différente de celle qui traduit la gangrène. Elle se caractérise surtout par une modalité ulcéreuse d'un *rouge* ardent, éréthique et parfois vineux, à aréole hypérémique, à sécrétion séro-sanieuse ou sanguinolente. Sa coloration en constitue l'attribut objectif prédominant ; d'où la dénomination de phagédénisme rouge qui lui a été souvent assignée.

III. — A cette seconde forme se rattache une variété exceptionnelle, mais nettement authentique, dite **phagédénisme érosif**.

Cette variété est constituée, si je puis parler ainsi, par un *phagédénisme à fleur de peau*. Elle consiste en un processus de destruction remarquablement superficielle, qui s'étale sur des portions plus ou moins considérables de téguments, mais qui ne fait que s'y étaler sans les entamer, qui se borne à les effleurer, à les excorier.

C'est de la sorte qu'on voit parfois certains chancres du gland ou de la vulve envahir de très larges surfaces, au point de mériter sans conteste la qualification de phagédéniques, et cependant rester pendant toute leur durée à l'état de simples lésions *érosives*, plates, sans bords, à fond lisse et uni, rouges de fond dans la plupart des cas, quelquefois cependant grisâtres ou diphthéroïdes.

Ce singulier phagédénisme érosif est à coup sûr plus fréquent chez la femme que chez l'homme (dans la proportion de 3 contre 1, d'après P. Medina). — On peut en voir de beaux spécimens au musée de l'hôpital Saint-Louis.

En tout cas, le phagédénisme du chancre syphilitique, qu'il se présente sous telle ou telle des formes qui précèdent, diffère essentiellement d'autres phagédénismes (notamment de celui du chancre simple et de la syphilis tertiaire) par deux grands caractères que voici :

1° C'est un phagédénisme *sur place*, régional, non extensif. Extensif, certes, il ne peut manquer de l'être, mais il ne l'est que dans des proportions restreintes. Il ne dépasse jamais de certaines limites; il ne tend pas à quitter son nid pour se déverser sur des régions voisines, puis de là sur d'autres encore, à la façon des phagédénismes du chancre simple et de la syphilis tertiaire. Il n'est pas ambulant; encore moins n'est-il pas serpigineux, c'est-à-dire qu'on ne le voit jamais, dans le sens strict de ce dernier mot, pousser une pointe d'invasion par l'une de ses extrémités en même temps qu'il se cicatrise par l'autre. Bref, je le répète, il reste sur place, en creusant plutôt qu'en s'étalant. En autres termes, il est moins extensif que térébrant.

2° En second lieu, c'est un phagédénisme temporaire, de *courte durée*, surtout quand on le compare aux phagédénismes du chancre simple et de la syphilis tertiaire qui sont bien autrement persistants, voire parfois chroniques et ultra-chroniques. Très généralement il se limite et s'éteint à bref délai, surtout dès qu'on lui oppose une médication appropriée. Pour préciser, il ne dépasse guère quelques semaines, au plus deux, trois à quatre mois.

J'ajouterai qu'il n'est pas sujet à ces réveils soudains, à ces recrudescences subites qui ne s'observent que trop souvent dans les phagédénismes du chancre simple et de la syphilis tertiaire.

Accidents et conséquences. — I. — Le phagédénisme du chancre syphilitique évolue à froid et sans réaction. Ses accidents et ses conséquences restent donc, sauf exceptions rares, d'ordre exclusivement local.

Comme accidents, il convient de signaler surtout les *hémorrhagies*, qui ne laissent pas d'être assez fréquentes. Elles sont très variables

comme importance, quelquefois minimes, d'autres fois abondantes (alors surtout qu'elles proviennent d'un rameau artériel). — Elles se font tantôt en jet et tantôt en nappe. Dans l'un et l'autre cas, mais plus spécialement dans le second, l'hémostase peut en être laborieuse.

Quant aux conséquences du phagédénisme chancreux, elles consistent en des pertes de substance des organes affectés, à savoir : entamures plus ou moins étendues et profondes du prépuce, du fourreau, des grandes ou des petites lèvres ; — cavernes creusées dans la rainure glando-préputiale ; — entaillures irrégulières du gland ; — destructions partielles de cet organe, qu'on a vu réduit de moitié, des deux tiers, des trois quarts, voire ne figurant plus qu'un tronçon informe au sommet des corps caverneux ; — mutilation du méat, excavé en entonnoir ; puis atrésie inodulaire de l'orifice uréthral, atrésie qui, comme règle, s'accroît avec le temps et finit par nécessiter l'intervention chirurgicale ; — bien plus rarement, perforation de l'urèthre, etc.

On dit avoir vu « les corps caverneux envahis par le phagédénisme » ; on dit même avoir vu « toute la verge tomber en gangrène ». Pour être possibles, des cas de cet ordre n'en sont pas moins exceptionnels au superlatif. Je n'en ai pas observé pour ma part, et je crois que, parmi ceux qu'on a cités, il en est plusieurs qui pourraient être plus vraisemblablement imputés au phagédénisme tertiaire.

Inversement, des phagédénismes menaçants n'aboutissent parfois qu'aux conséquences les plus bénignes. Ainsi, il n'est pas rare d'observer avec le chancre syphilitique des ulcérations profondes, semblant profondément destructives, qui ne laissent à leur suite que des cicatrices faiblement déprimées. C'est là le **pseudo-phagédénisme**, dérivant de ce chancre que Ricord avait appelé *auto-phagédénique*, chancre qui, disait-il, « vit de sa propre substance et se dévore lui-même, en ce sens qu'il ulcère non pas les tissus sains, mais son propre néoplasme, son noyau d'induration, lequel, à peu près exclusivement, lui sert de pâture ».

Pour la presque totalité des cas, le phagédénisme chancreux ne constitue, comme je viens de le dire, qu'un accident exclusivement local, qui n'éveille pas de réaction, qui ne trouble en rien les grandes fonctions, qui ne retentit pas sur la santé. Ce n'est même pas sans étonnement qu'on voit en certains cas l'organisme rester placide et comme indifférent, alors qu'une de ses parties est mutilée, dévorée, anéantie par une plaie hideuse, non moins qu'alarmante apparemment. Comme exemple, je citerai le cas d'un jeune homme de mes clients qui, au moment où il perdait *toute* la lèvre inférieure par le fait d'un effroyable chancre gangreneux, n'en continuait pas moins à se porter absolument bien, à manger et boire, aller et venir, comme si de rien n'était !

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et certains cas, à la vérité

tout à fait rares, dérogent à la règle pour constituer ce qu'on peut appeler le **phagédénisme septique, infectieux.**

Ce phagédénisme infectieux, en effet, a pour cortège, au moins à ses débuts, tout un ensemble de symptômes analogues à ceux des grandes infections, à savoir : fièvre bien accentuée; — frissons; — anorexie, état saburral; — pâleur du visage; — sudations; — et surtout perte des forces, accablement, adynamie; — parfois même subdélirium; — bref, aspect typhoïde, etc.

Ces phénomènes affectent une durée variable (qu'en raison de la rareté de tels cas on ne saurait encore déterminer), puis s'apaisent et s'effacent, en même temps que s'amendent les phénomènes locaux.

II. — Enfin, est-ce au phagédénisme, est-ce à la gangrène, est-ce à des infections surajoutées, ou bien encore est-ce à des erreurs diagnostiques qu'il faut rapporter quelques cas très clairsemés dans la science, très bizarres, voire extraordinaires, dans lesquels on a vu la **mort** survenir hâtivement à la suite de « chancres syphilitiques compliqués de phagédénisme infectieux »? La question, je crois, n'est pas susceptible de solution dans l'état actuel de nos connaissances. Toujours est-il qu'il s'est présenté parfois à l'observation des faits incompréhensibles, tels que le suivant.

Un jeune homme, ouvrier forgeron, de constitution très robuste et de santé habituelle excellente, mais fortement adonné aux alcooliques, contracte un chancre (très probablement syphilitique) du méat urinaire. Il ne se traite pas. Il continue même à travailler et à travailler devant un feu ardent, en laissant son chancre frotter sans pansement, sans protection aucune, contre une chemise rude, sordide, littéralement empesée de sang et de pus. Ce chancre alors s'enflamme et se gangrène. Vaincu par la douleur, le malade se décide enfin à venir réclamer secours à l'hôpital du Midi. Là, on constate sur lui une lésion vraiment extraordinaire, la seule de ce genre que j'aie jamais vue. Tout le gland et une partie de la verge sont convertis en tissus d'aspect absolument insolite, d'un jaune chamois, manifestement sphacéliques, insensibles au toucher, insensibles aux piqûres même profondes, et *tremblotants comme une gelée de charcuterie.* M. Ricord diagnostique un chancre phagédénique gangreneux et, séance tenante, pratique une cautérisation énergique au fer rouge. Mais cette cautérisation ne limite en rien la gangrène qui s'étend pour ainsi dire à vue d'œil. — Deux autres cautérisations restent également impuissantes. — Simultanément, invasion d'accidents généraux des plus graves : frissons répétés, fièvre intense, adynamie, stupeur, rêvasseries, subdélirium, ictère, fuliginosités buccales, état typhoïde, etc. ; — et la mort termine la scène en quelques jours.

Étiologie. — Élucidée sur quelques points, mais restant encore sur nombre d'autres obscure et indéterminée. Ainsi :

1° Il est avéré que le phagédénisme n'est pas le résultat d'une transmission *en l'espèce*, le produit d'un virus spécial, d'une graine phagédénique, ainsi que le pensaient autrefois divers auteurs, tels que Bell et Carmichaël. Cela a été démontré par la méthode si féconde et si instructive des *confrontations*. Plusieurs fois on a pu remonter à l'origine, à la source d'un chancre phagédénique, en comparant ce chancre à son ascendant, en mettant en parallèle, si je puis ainsi parler, la lésion *mère* et la lésion *fille*; or, on a vu ce chancre dériver d'accidents syphilitiques ne comportant en rien le caractère phagédénique. A ne citer qu'un exemple des confrontations de cet ordre, une malheureuse malade de Lourcine, affectée successivement d'un chancre phagédénique de la vulve, puis d'horribles syphilides phagédéniques qui lui dévorèrent le nez, la lèvre inférieure et le visage (sans parler d'autres lésions de même genre développées sur les membres) (1), tenait la contagion de son mari, lequel, examiné par moi, ne présenta jamais que des accidents de syphilis particulièrement bénigne, à savoir : un *petit* chancre induré du gland, une roséole érythémateuse et quelques insignifiantes plaques muqueuses de la gorge.

2° Il est non moins irrécusable que, pour un certain nombre de cas, e phagédénisme dérive de ces diverses causes *locales* que j'ai précédemment signalées comme origines fréquentes des chancres inflammatoires et gangreneux, et qu'il serait superflu d'énumérer à nouveau. Ainsi, on l'a vu maintes fois se développer à la suite et, très vraisemblablement, par le fait d'excitations locales, telles que malpropreté, incurie, absence de pansements, pansements irritants, cautérisations, etc., ou bien encore de complications locales, telles que phimosis, paraphimosis, balano-posthite, etc.

3° On ne saurait non plus refuser une certaine part d'influence, pour la production du phagédénisme, aux dispositions générales du sujet, telles que sénilité, débilité, misère physiologique, grossesse, allaitement, diabète, alcoolisme, etc.

De ces diverses causes, la plus indéniable, comme aussi celle dont les effets se manifestent le plus souvent, est à coup sûr l'*alcoolisme*. Il est absolument commun de relever des abus d'alcool chez les sujets affectés de chancre phagédénique. — Cette influence avait de vieille date vivement frappé Ricord, qui, on le sait, qualifiait le chancre phagédénique des buveurs du nom de chancre *œno-phagédénique*.

4° Mais ce qui, d'autre part, est non moins certain, c'est que, pour nombre de cas, l'étiologie du phagédénisme reste absolument latente, inexpliquée, inexplicable. Je ne serai certes pas coupable d'exagération en disant que, sur dix chancres phagédéniques, il en est au moins quatre ou cinq qui restent *sans explication*. Vainement interroge-t-on

(1) Voir, au musée de Saint-Louis (Collect. de l'auteur), les pièces n°s 148, 149, 150 et 239, qui reproduisent les horribles mutilations observées sur cette malade.

à leur propos, et cela avec le soin le plus minutieux, les antécédents héréditaires des malades, leurs antécédents propres, leur constitution, leur tempérament, leur santé habituelle, leur hygiène, etc.; vainement, d'autre part, s'efforce-t-on de dépister une cause locale quelconque; on ne trouve rien, et le pourquoi du phagédénisme reste un mystère.

Qu'est-ce que cela veut dire? Tout simplement, comme rien ne se produit sans cause, que la pathogénie du phagédénisme comporte encore une inconnue, plusieurs inconnues peut-être, dont il est bien possible que nous n'ayons même pas l'idée quant à présent et qu'une heureuse découverte révélera quelque jour.

Aussi bien a-t-on supposé déjà que le phagédénisme pourrait bien n'être qu'un résultat d'une infection mixte, c'est-à-dire de l'association au microbe propre de la syphilis d'un autre microbe quelconque, microbe du chancre simple, microbe pyogène, microbe septique, microbe encore inconnu, etc. Rien d'impossible à cela; mais il n'est rien encore de démontré sur ce point, qui doit être absolument réservé.

Diagnostic. — Certes, la physionomie du chancre phagédénique est bien faite, au moins en certains cas, pour donner l'impression d'une lésion maligne, notamment d'un épithéliome. Mais cette erreur d'objectivité sera bien vite rectifiée par les données rationnelles, à savoir notamment par celles de l'*évolution* morbide. Et, en effet, si un chancre phagédénique peut se constituer et atteindre son apogée en l'espace de quelques semaines, il n'en est pas de même pour un épithéliome qui a une évolution bien autrement lente. Or, au delà de quelques semaines, il n'est plus de diagnostic à faire entre ces deux lésions, car le diagnostic est tout fait de par l'avènement des manifestations secondaires. Dès lors, plus de confusion possible.

En revanche, il peut être difficile de différencier le phagédénisme chancreux d'autres phagédénismes. Car, ainsi que l'a dit Ricord, tous les phagédénismes se ressemblent plus ou moins. Et, en effet, l'on a vu plus d'une fois le diagnostic rester hésitant, au moins de par les caractères objectifs, entre le phagédénisme du chancre syphilitique et celui du chancre simple ou de la syphilis tertiaire.

Réservons ce qui a trait à ce dernier, dont il sera question en temps et lieu, pour parler seulement de celui du chancre simple.

Dans la grande majorité des cas, le chancre phagédénique de la syphilis pourra être différencié du chancre simple phagédénique d'après les quatre ordres de données suivantes :

1° *Caractères d'objectivité*, à savoir : bords adhérents, en saillie (et non pas, comme pour le chancre simple, bords entaillés, abrupts, souvent décollés); — fond lisse, uni, au moins relativement (et non pas, comme pour le chancre simple, inégal, irrégulier, alvéolaire); —

teinte d'un rouge sombre (et non pas, comme pour le chancre simple, jaune ou jaunâtre).

A noter cependant qu'en cas de gangrène tous ces caractères se trouvent singulièrement, voire absolument modifiés, l'aspect n'étant plus que celui de la gangrène, quelle que soit la nature du chancre. La gangrène en effet n'a que le faciès de la gangrène, n'importe son origine.

2° *Induration de base.* — Généralement bien accentuée dans le chancre syphilitique; — bien moindre ou même nulle avec le chancre simple.

3° *Adénopathie.* — Très différente de part et d'autre et conforme à ce qu'elle est usuellement dans les types usuels des deux chancres; — c'est-à-dire : avec le chancre syphilitique, adénopathie à ganglions aphlegmasiques, durs, indolents et multiples ; — avec le chancre simple, adénopathie ou bien nulle, ou bien de caractère inflammatoire.

Remarque essentielle toutefois, et particulièrement digne d'attention : c'est que l'adénopathie du chancre phagédénique de la syphilis n'est pas toujours ce qu'elle devrait être, à savoir ce qu'elle est usuellement avec le chancre usuel. Parfois elle n'est qu'imparfaitement, pauvrement, médiocrement formulée. Singularité à coup sûr bien inattendue et des moins explicables, mais singularité authentique, que Ricord a le premier, je crois, nettement signalée et qui depuis lors a été confirmée par de nombreux observateurs. Or, inutile de dire quel embarras, quelle incertitude elle introduit dans le diagnostic.

4° Enfin et surtout, *évolution morbide.* C'est l'évolution morbide, en effet, qui constitue, ici comme ailleurs, le critérium absolu, définitif. Et cela parce qu'elle confère au diagnostic de la lésion un élément indirect, mais irrécusable, de certitude en un sens ou en l'autre. S'agit-il d'un chancre syphilitique, elle en témoigne par l'explosion des accidents généraux de la syphilis; s'agit-il d'un chancre simple, elle n'atteste pas moins ce chancre simple par l'absence de manifestations syphilitiques.

Notons d'ailleurs que, dans l'ordre des cas en question, les embarras diagnostiques ne sauraient se prolonger longtemps. Car, au delà de quelques semaines, la qualité du chancre se trouve ressortir tout naturellement de l'évolution morbide. Aussi bien me garderai-je de parler ici de l'*auto-inoculation* comme procédé à mettre en œuvre pour la différenciation des deux phagédénismes chancreux, et cela pour une double raison, à savoir : parce que, d'abord, elle est inutile, puisque le diagnostic se trouve établi à brève échéance de par la seule évolution morbide; — et, en second lieu, parce qu'elle pourrait être dangereuse, au cas où le pus d'inoculation serait emprunté à un chancre simple. Plusieurs fois on a vu des auto-ino-

culations de chancre simple phagédénique déterminer des chancres simples phagédéniques. A n'en citer qu'un exemple, j'ai dans mes notes un lamentable cas de cet ordre, dans lequel une inoculation faite avec le pus d'un chancre simple phagédénique détermina un nouveau chancre simple, lequel prit une marche rapidement envahissante, devint phagédénique et laboura les téguments de la cuisse dans une énorme étendue. Convient-il donc d'exposer les malades à un danger de ce genre pour précipiter un diagnostic que l'expectation suffira à déterminer quelques semaines plus tard ?

Pronostic. — Le phagédénisme du chancre syphilitique est grave à deux points de vue : 1° par ses lésions locales ; — 2° par ses éventualités d'avenir.

I. — Son pronostic local est connu par ce qui précède. Il consiste en des pertes de substance, des mutilations de tissus, des destructions d'organes, des cicatrices vicieuses, etc.

A ce point de vue, toutefois, il ne souffre en rien comparaison avec celui du phagédénisme chancrelleux ou du phagédénisme tertiaire. Car, ainsi que nous l'avons vu précédemment, le phagédénisme du chancre syphilitique est un phagédénisme *sur place*, qui se cantonne sur une région limitée, qui souvent se repaît surtout de sa propre substance (variété dite auto-phagédénique) ; et, d'autre part, ce n'est jamais qu'un phagédénisme peu durable. Somme toute, ce qu'on peut en craindre comme délabrements, comme conséquences locales, est bien inférieur à ce que réalisent communément et le phagédénisme chancrelleux et le phagédénisme tertiaire. Aussi bien, sans exagération, peut-on le dire, par rapport à ses deux congénères, un phagédénisme *presque* bénin.

II. — Mais il est grave surtout et très spécialement à un autre point de vue, à savoir en tant qu'expression d'une disposition particulière du sujet sur lequel il sévit, d'une *malignité* inhérente à l'individu, malignité indéfinissable, insaisissable comme essence, mais trop manifeste par ses effets.

Et, en effet, il constitue ce qu'on peut appeler un *mauvais présage*. Positivement, c'est le prélude d'un **orage infectieux** qui ne va pas tarder à éclater.

L'observation clinique est formelle à ce point de vue. Elle nous montre presque invariablement le chancre phagédénique (ou même, d'une façon plus générale, le chancre qui, sans mériter rigoureusement l'appellation de phagédénique, se singularise par un processus ulcéreux dépassant la moyenne ordinaire) suivi à courte échéance de manifestations sérieuses, parfois même graves ou même malignes, comportant en tout cas les attributs du tertiarisme.

Cette relation de caractères entre la qualité du chancre et celle des accidents qui lui font suite a été signalée par Carmichaël, puis bien

étudiée par Léon Bassereau (1852), qui a eu le mérite de la mettre en pleine lumière dans quelques lignes véritablement mémorables. « Le chancre, a écrit ce dernier observateur, est comme la *pierre de touche de la constitution*... Sa bénignité annonce des symptômes constitutionnels peu graves; *sa malignité permet de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité.* De sorte qu'on peut considérer comme une loi la proposition suivante : Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration ; — après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau, les exostoses suppurées, les nécroses, les caries, etc. »

La concordance symptomatologique en question entre le chancre et ses manifestations consécutives a été depuis lors maintes fois constatée. Si bien qu'elle a fini par être agréée, suivant le mot de Bassereau, comme une LOI pathologique, et qu'elle est actuellement dénommée sous le nom de **loi de Bassereau**.

Cette loi, je me borne pour l'instant à la signaler, devant avoir l'occasion d'y revenir avec détails dans un chapitre ultérieur. Dès à présent toutefois, je dois faire remarquer qu'elle a trait seulement à une concordance entre la qualité du chancre et la qualité des accidents qui lui succèdent *immédiatement*, c'est-à-dire des accidents constitutionnels *de premier jet*. Elle ne concerne en rien, elle n'implique en rien une concordance *ultérieure* entre la qualité du chancre et les manifestations éloignées de la maladie. Car, pour le dire par avance, le chancre le plus bénin peut être l'origine, dans un avenir plus ou moins distant, des manifestations les plus graves. La loi de Bassereau ne vise donc, en un mot, qu'une relation de caractères entre le chancre et les accidents qui lui font suite à brève échéance.

TRAITEMENT DU CHANCRE ET DE SES COMPLICATIONS.

I. — **Traitement suppressif, traitement abortif.** — Peut-on supprimer le chancre ou le faire avorter ? Certes, oui. On peut le supprimer ou le faire avorter en l'attaquant avec un caustique puissant (le vitriol ou la potasse, par exemple), ou, mieux encore, en l'excisant par un procédé chirurgical. Le chancre alors n'est plus ; il se trouve remplacé par une plaie simple.

Mais, quels avantages présenterait une pratique de ce genre ? La question demande à être envisagée à deux points de vue. Ainsi :

1° *Y a-t-il avantage à supprimer le chancre en tant que lésion*, pour lui substituer une lésion d'un autre ordre ?

Non, d'abord, si le chancre déjà adulte a acquis sa croissance normale. Quel bénéfice, en effet, pourrait-il y avoir à le remplacer, et

cela au prix d'une opération, par une plaie forcément plus étendue que lui, par une plaie qui ne serait guère plus bénigne que lui (étant donnée sa bénignité usuelle), par une plaie qui ne guérirait guère, ou peu s'en faut, plus vite que lui (étant donnée sa tendance habituelle à une réparation plus ou moins hâtive), et enfin par une plaie qui, nécessairement, laisserait une entaillure, une cicatrice, un stigmate, alors qu'il guérit le plus souvent sans laisser de traces? Sans compter d'ailleurs qu'en nombre de cas on a vu se reproduire, sous la surface d'un chancre excisé, un noyau d'induration analogue comme volume, si ce n'est même supérieur, au noyau primitif d'induration.

En second lieu, y a-t-il avantage à supprimer le chancre, s'il est jeune et petit? — Non encore, et pour les mêmes raisons. Sans doute, comme on l'a dit, « petit chancre deviendra grand », mais pour aboutir à quoi? Pour aboutir, sauf exceptions rares, à cette lésion bénigne, indolente, restreinte d'étendue, superficielle, spontanément curative, exempte de cicatrice, etc., qui constitue le type usuel du chancre. Vraiment, des éventualités de ce genre ne sont guère redoutables, et substituer au chancre un traumatisme n'est pas réaliser un bénéfice bien sérieux; d'autant que ce traumatisme laissera forcément un stigmate qui sera loin, plus tard, d'être agréé par le malade sans déplaisir et récriminations.

Il n'y a d'indication véritable à supprimer le chancre que dans une catégorie de cas spéciaux, à savoir alors que ce chancre occupe soit un prépuce trop long ou trop étroit (phimosis congénital), soit une petite lèvre pendante, exubérante. Alors, par la même opération, on fait justice à la fois et du chancre et d'une difformité locale; d'une pierre deux coups, tout est pour le mieux.

2° *Y a-t-il avantage à supprimer le chancre quant à ses conséquences ultérieures*, c'est-à-dire quant à ses conséquences d'infection?

De vieille date on s'était bercé de l'espoir de supprimer la vérole en supprimant le chancre. On « tuait ainsi, disait-on, la vérole dans son nid ». Ricord lui-même, alors qu'il n'avait pas encore séparé le chancre simple de la syphilis, avait contribué à répandre cette erreur, en professant que « le chancre naissant n'est qu'une lésion locale » et que « tout chancre détruit du premier au quatrième jour de la contagion n'est jamais suivi des symptômes propres à l'infection constitutionnelle ».

Mais la science s'est bien modifiée depuis lors; en tout cas, elle s'est bien agitée. On ferait des volumes en réunissant tout ce qui a été dit et écrit sur cette question. Or, de tous les travaux, de tous les débats auxquels elle a donné lieu, que reste-t-il en définitive? Ceci : une vérité acquise, et un point encore litigieux.

La vérité acquise, démontrée jusqu'à la dernière évidence, c'est que la suppression du chancre *adulte*, réalisée par un procédé quelconque (cautérisation ou excision, n'importe), est une pratique absolument

stérile quant à la maladie, quant à l'infection. On supprime le chancre, soit ! Mais reste la vérole, sans le chancre, et la vérole avec toutes ses conséquences d'avenir.

Le point que j'ai dit « encore litigieux » est le suivant : La suppression du chancre tout à fait *jeune* (c'est-à-dire n'ayant pas dépassé son quatrième jour, non plus qu'apparemment réagi sur les ganglions) constitue-t-elle une *méthode abortive* de la vérole ?

La discussion de ce point important, tout à fait majeur au point de vue pratique, ne serait pas à sa place ici, puisqu'il a trait au traitement de la syphilis et non à celui du chancre. Je la réserve donc pour un chapitre ultérieur. Par avance toutefois je dirai en deux mots que l'excision du chancre jeune, voire tout jeune, voire datant de quelques heures, n'a pas réalisé ce que certains de nos confrères en avaient espéré, à savoir « l'éradication de la vérole ». Il est incontestable que, pour l'énorme majorité des cas, elle a échoué. Dans les hôpitaux de Paris, par exemple, elle a toujours échoué, comme je le tiens de mes collègues. Et deux raisons, seulement, retiennent encore à son égard un verdict qui ne serait autre qu'une condamnation absolue, à savoir : 1° le respect dû à certains observateurs qui affirment devoir à l'excision de réels succès ; — 2° la crainte toute humanitaire de priver nos malades de l'immense service que serait appelée à leur rendre la méthode dite abortive, si tant est qu'elle puisse être abortive.

En tout cas, cette méthode, après avoir excité l'intérêt général, après avoir fait grand bruit il y a quelques années, semble bien délaissée depuis un certain temps. Il n'en est guère plus question, et le silence qui s'est établi sur elle ne semble guère favorable à son égard.

II. — **Traitement usuel.** — La thérapeutique du chancre ne saurait manquer de s'inspirer de ce résultat d'observation clinique qui nous le représente comme une lésion spontanément résolutive et spontanément curable. D'où il suit qu'en l'espèce il s'agit moins de chercher une médication qui guérisse le chancre (puisqu'il guérit tout seul) que d'écarter les causes et d'exclure les interventions qui risqueraient d'entraver cette disposition naturelle.

L'expérience a confirmé cette induction rationnelle en démontrant que le traitement le plus simple et le plus anodin est celui qui convient le mieux au chancre. On a même dit que « moins on fait au chancre, et mieux il s'en trouve, et plus vite il guérit », ou bien encore : « Propreté, eau et ouate, en voilà assez pour guérir le chancre syphilitique ». Ce qui n'implique pas toutefois qu'on ne puisse *aider le chancre à guérir* par une bonne hygiène et quelques menus soins bien compris.

Venons au fait. Que prescrire au malade qui vient réclamer nos

soins pour un chancre syphilitique, que, d'abord, nous supposerons exempt de toute complication ? Ceci :

1° En premier lieu, lui recommander la *continence*, ce qui a un double intérêt, et pour le malade et, bien plus spécialement encore, pour autrui. Et que l'on ne croie pas ce conseil superflu. Car, en nombre de cas, le chancre est *si peu de chose* aux yeux des malades qu'ils n'y attachent aucune importance et que de bonne foi ils ne croient guère au danger de transmettre quoi que ce soit avec une aussi insignifiante lésion. Les femmes surtout ont une confiance étonnante à ce point de vue. Quand vous leur faites, en pareille situation, la recommandation classique « d'être sages, absolument sages », elles vous répondent le plus souvent : « A quoi bon ? J'ai souvent eu des *boutons* comme celui que j'ai en ce moment, *et je n'ai jamais donné de mal.* » Donc, je le répète, la recommandation est bonne à ne pas oublier.

2° Proscrire du régime tous les excitants qui peuvent retentir sur le chancre d'une façon fâcheuse : alcooliques forts, et surtout alcooliques en excès, eau-de-vie, absinthe, liqueurs, café, etc.

3° Sans exiger le repos (ce qui serait inutile, d'abord, et ce qui pourrait de plus devenir préjudiciable à la santé), recommander d'éviter les fatigues, les marches forcées, les courses à bicyclette, les veilles, la danse, etc.

Puis, localement :

Soins minutieux de propreté ; — lotions fréquemment répétées (surtout si le chancre est exposé à être souillé par l'urine ou les matières fécales) ; et pour ces lotions l'eau tiède n'est pas le liquide le plus mauvais ; — bains locaux ; — mieux encore, bains généraux, tièdes, tous les trois ou quatre jours, ou même plus fréquemment si le chancre a quelque tendance à s'irriter ou à enflammer les parties voisines.

Enfin, comme moyen de protection destiné à éviter les contacts et les frottements, pansements à demeure avec une légère couche d'ouate enduite d'un corps gras. *Les corps gras sont préférables*, je crois, *à tout autre topique*. Ils sont mieux tolérés, d'abord ; puis ils ont l'avantage de ne pas adhérer au chancre et de se détacher, quand il s'agit de renouveler le pansement, sans tirailler la plaie, sans la faire saigner, sans l'irriter.

Traditionnellement, c'est la pommade au calomel (cold cream, 10 grammes, et calomel, 1 gramme) qui est ici le plus couramment usitée, sans que du reste on ajoute grand crédit à sa composition mercurielle. On peut tout aussi bien faire usage de pommades à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, etc.

Les pansements seront renouvelés en moyenne trois fois par jour, sauf indication particulière. — A chacun d'eux on aura soin d'ablu-

tionner le chancre, de le déterger doucement avec de l'ouate hydrophile, puis de l'assécher.

Si le chancre est sous-préputial, le pansement sera maintenu en place par le prépuce, *qui devra toujours être rabattu sur le gland.* — Sur d'autres régions on avisera à éviter que le pansement se déplace en l'assujettissant d'une façon quelconque, avec un linge, avec une petite bande enroulée autour de la verge, etc. — Chez la femme on le maintiendra (ce qui est plus difficile) avec une couche d'ouate sèche, une compresse et un bandage en T.

Le chancre du fourreau peut être commodément pansé avec un disque ou quelques bandelettes de taffetas de Vigo bien adhésif.

Finalement, lorsque le chancre est entré dans sa période de réparation, il y a avantage à renoncer aux pansements gras qui semblent alanguir la plaie, pour recourir à des pansements *secs* avec une poudre isolante, inoffensive, inerte (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, etc.), que l'on recouvre d'ouate.

Bien d'autres topiques ont été proposés pour le traitement du chancre syphilitique, et c'est en l'espèce, comme l'a dit plaisamment W. Taylor, que « la coupe du bonheur doit déborder pour les amateurs de nouveautés thérapeutiques, car il ne se passe guère de mois qui ne nous apporte un nouvel agent destiné à guérir le chancre plus rapidement que tous ses devanciers ». C'est ainsi, à n'en citer que quelques-uns, que l'on a préconisé tour à tour : onguents et emplâtres mercuriels ; — sublimé ; — vin aromatique ; — liqueur de Labarraque ; — chloral ; — perchlorure de fer ; — acide phénique ; — teinture d'iode ; — iodoforme ; — iodol ; — acide salicylique ; — salol ; — dermatol ; — sozoiodol ; — sulfaminol ; — oléate de zinc ; — pyoktanine ; — antifébrine ; — fuchsine ; — europhène ; — eau oxygénée en pulvérisations, etc. Et j'en oublie.

Tous ces topiques, assure-t-on, comptent de grands succès ; tous ont guéri, dit-on, le chancre syphilitique, et l'ont guéri rapidement, brillamment. Je le crois sans peine. Car — est-il besoin de le répéter encore ? — la tendance du chancre est de guérir spontanément, et l'on aurait vraiment quelque peine à l'empêcher de guérir.

Mais, puisque nous disposons de telles richesses, puisque nous ne sommes gênés, pour traiter le chancre, que par l'embarras du choix entre tant et tant de remèdes, tous « meilleurs les uns que les autres », c'est bien le moins, on en conviendra, que nous sachions nous abstenir de ce qui pourrait lui être préjudiciable, comme aussi de ce qui pourrait, tout en étant utile, importuner et molester le malade. Donc, à ce titre :

1° Proscrivons certains topiques notoirement irritants, nocifs, détestables, tels que alun, sulfate de cuivre, pierre divine, perchlorure de fer, sublimé, acide phénique, etc. ; — sans parler même

d'autres topiques de fantaisie qui jouissent d'une certaine faveur dans les basses classes et dans les régiments (cendre de pipe, poudre de guerre, tabac, urine!).

2° Faisons grâce aux malades de l'iodoforme, excellent topique à coup sûr, mais ayant ici le double tort : 1. d'être inutile à la cure ; 2. d'être vexatoire par son odeur, à la fois insupportable et *dénonciatrice*, affichante.

3° Et surtout gardons-nous de la manie si répandue des cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Ces cautérisations, alors qu'elles ne répondent pas à une indication particulière, n'aboutissent le plus souvent qu'à exciter et enflammer le chancre. D'abord, comme règle, elles sont presque toujours nuisibles dans la période de progrès et d'état du chancre. Puis, de par expérience, elles ne sont susceptibles de rendre quelques utiles services que dans les trois conditions suivantes :

1° Comme moyen de modifier certains chancres qui tardent à se déterger, qui conservent opiniâtrement un aspect couenneux, pelliculaire, pseudo-membraneux. Le crayon peut alors intervenir avec succès, mais à la condition de n'y recourir qu'à intervalles assez espacés (tous les trois ou quatre jours par exemple) et suivant le résultat obtenu ;

2° Comme moyen d'activer la cicatrisation, lorsqu'à sa période ultime le chancre languit et semble, suivant l'expression consacrée, « réclamer un coup de fouet » ;

3° Dans les cas, enfin, où le chancre bourgeonne avec exubérance.

En dehors de ces trois indications, les cautérisations, soit dit une dernière fois, sont non pas seulement inutiles, mais *nuisibles*.

III. — **Indurations posthumes.** — Il est assez commun que certains chancres (ceux de la rainure glando-préputiale notamment) laissent à leur suite de grosses indurations qui survivent pour un certain temps, voire assez long parfois, à la cicatrisation. Ces noyaux saillants et durs, ces « calus » constituent à la fois une difformité, un stigmate, et une gêne pour le coït. Aussi les malades s'en plaignent-ils amèrement, en sollicitant avec insistance qu'on les en débarrasse au plus tôt. Qu'y faire ?

L'essentiel, je le dis tout d'abord, c'est de n'y rien faire *chirurgicalement*, et de se borner à ceci : Prescrire le traitement spécifique, (mercure et, au besoin, iodure de potassium, qui semble n'être pas dépourvu en l'espèce d'une certaine action résolutive). — Y adjoindre des bains généraux, des bains locaux fréquemment répétés, voire quelques onctions avec une pommade mercurielle. — Et rien de plus.

On a tenté de scarifier ces noyaux rebelles, d'en activer la résolution par des pointes de feu, etc. Résultats nuls. — De guerre lasse, on

les a excisés. Déplorable pratique, à triple égard : parce que, d'abord, une intervention chirurgicale est aussi déplacée que possible contre une lésion destinée à disparaître *sponte suâ* par le seul fait du temps ; — parce qu'une opération de ce genre laisse forcément à sa suite un stigmate, une cicatrice indélébile ; — parce qu'enfin on a vu plusieurs fois déjà, sous une induration excisée de la sorte, apparaître et se constituer une *seconde induration* de même nature et de même volume.

Il y a plus même. C'est que l'intervention chirurgicale en pareil cas a pu être l'origine de véritables accidents. M. Mauriac a relaté une observation dans laquelle une cautérisation pratiquée sur un calus chancreux avec la pâte de Canquoin détermina une inflammation gangreneuse qui détruisit une moitié du prépuce. Pour ma part, j'ai recueilli en ville le fait suivant, qui, je pense, sera bon à citer, pour dégoûter à jamais médecins et malades d'opérations de ce genre.

Un jeune homme, qui venait d'être affecté d'un chancre syphilitique de la rainure glando-préputiale, conservait en ce point un très gros noyau d'induration. Ce noyau, du volume d'une demi-noix et d'une dureté cartilagineuse, importunait fort le malade. Consulté à ce sujet, M. Ricord prescrivit, bien entendu, de ne rien faire localement, et se borna à ordonner un traitement général. Dépité, le malade alla prendre l'avis de plusieurs médecins qui, tous, lui exprimèrent une opinion semblable. Il vint chez moi, qui ne fis que lui répéter les mêmes recommandations, surtout celle de n'avoir recours à aucune intervention chirurgicale. Finalement, il rencontra je ne sais quel médicastre qui consentit à une opération de complaisance et extirpa tout le néoplasme sous-cicatriciel. Survint dans la journée même une hémorrhagie « épouvantable », qui coûta au malade « plusieurs litres de sang » et qui ne put être arrêtée que par trois applications de fer rouge ! — Et ce n'est pas tout. Ayant eu l'occasion de revoir le patient une quinzaine plus tard, je constatai à cette époque qu'une induration *supérieure en volume à l'induration précédente* s'était reproduite au même siège, sous la cicatrice. Cette induration nouvelle était-elle due à un néoplasme spécifique, ou bien devait-elle être simplement imputée aux cautérisations ? Je ne saurais le dire. Toujours est-il qu'elle persista très longtemps avant de se résoudre.

Mais cela, encore, n'est qu'un détail. L'important, la véritable *morale* de ce fait, si je puis ainsi parler, c'est que ce jeune homme perdit — de par l'opération inutile qu'on pratiqua sur lui — un bon morceau de la verge, et cela pour une lésion inoffensive, qu'eût certainement guérie et sans cicatrice l'expectation pure et simple !

IV. — *Indications dérivant de localisations particulières.* — A ces préceptes généraux sur le traitement du chancre syphilitique il me faut ajouter maintenant un certain nombre d'indications relatives à quelques chancres de siège particulier.

1° **Chancre du méat uréthral.** — Mauvais chancre, on le sait, enclin à s'irriter, à s'enflammer, à devenir ulcéreux, voire phagédé-

nique ; — exigeant donc un traitement topique très surveillé ; — et, malheureusement, chancre difficile à panser, en raison de sa situation au sommet de la verge ; — chancre, de plus, exigeant de toute nécessité un pansement à chaque miction.

On prescrira : Bains généraux, plus fréquents que d'usage (en vue de prévenir les phénomènes inflammatoires) ; — bains locaux émollients, deux ou trois fois par jour, d'une durée de dix à quinze minutes ; — à chaque miction, lavage du chancre, pour ne pas le laisser souillé d'urine ; — boissons douces, tisanes ou laitage, pour diluer l'urine et la rendre moins irritante ; — pansements avec une fine lamelle d'ouate enduite d'un corps gras (pommade au calomel ou, si possible, à l'iodoforme) ; — recouvrir ce pansement d'une couche d'ouate sèche, puis l'assujettir avec une compresse dont le plein sera appliqué sur le sommet du gland et les extrémités rabattues sur et sous la verge, puis enroulées autour d'elle ; finalement, fixer cette compresse par plusieurs tours d'un ruban dont les deux bouts iront se réunir sur la bande horizontale d'un suspensoir. — Sans cette série de précautions minutieuses, le pansement risquerait de se déplacer et pourrait même tomber.

Certains malades préfèrent un dispositif différent, et soutiennent leur pansement soit avec un fourreau de linge ou de toile gommée, soit avec un condom en caoutchouc très mince, assujetti à un suspensoir.

Aliter le malade, si peu que le chancre menace de s'enflammer et de revêtir une tendance ulcéreuse. Car, je ne crains pas de le répéter, *le chancre du méat est particulièrement dangereux et prédisposé au phagédénisme.*

Ce n'est pas tout. — Si peu qu'il soit ulcéreux et, *à fortiori*, s'il entame profondément les lèvres du méat, ce même chancre a pour aboutissant presque inévitable une *atrésie* plus ou moins accentuée de l'orifice uréthral, laquelle peut aboutir par degrés à devenir punctiforme. Il faut donc essayer de bonne heure de modérer cette atrésie, en introduisant dans le méat de petits cylindres d'ouate comprimée, bien enduits d'un corps gras,

Après cicatrisation, soumettre le méat à des essais de dilatation progressive par des bougies graduées. — Finalement, si la dilatation obtenue de la sorte reste insuffisante, ne pas hésiter à pratiquer un débridement.

2° **Chancre intra-uréthral.** — Inversement, voici un chancre qu'il convient, je crois, de ne pas traiter localement.

On a essayé — et j'ai essayé comme tout le monde — de le panser, et cela de diverses façons (mèches introduites dans l'urèthre, poudres insufflées dans l'urèthre, injections de bouillies médicamenteuses, etc.). Mais l'expérience apprend que rien de tout cela ne réussit, bien au contraire. Tous les corps étrangers sont mal tolérés

par le canal, irritent, et, somme toute, vont à l'encontre du but qu'on poursuit. Mieux vaut, à coup sûr, renoncer systématiquement à toute intervention topique, et se borner à ceci : bains généraux ; — bains locaux ; — et boissons douces (à la dose d'un à deux litres par jour), en vue de rendre l'urine le plus aqueuse et le moins irritante possible pour l'urèthre.

Du reste, à la façon de tous les chancres *internes*, le chancre intra-uréthral est très généralement bénin et guérit *sponte suâ*.

3° **Chancre du col utérin.** — Encore un chancre que l'on pourrait à la rigueur ne pas traiter et abandonner à son évolution propre, étant donnée sa tendance à guérir rapidement et spontanément. — L'art toutefois peut ne pas être inutile par les quelques soins suivants : Injections tièdes, avec eau boriquée ; — pansements avec poudre asséchante (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, poudre de tan, etc.) maintenue en place par un tampon d'ouate ; — si la cicatrisation paraît languir (chose assez rare), attouchements légers au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode. — A cela près, toute intervention active serait vraiment superflue.

COMPLICATIONS.

Les trois complications majeures du chancre syphilitique (inflammation, gangrène et phagédénisme) sont loin d'être étiologiquement étrangères les unes aux autres. Tout au contraire, elles relèvent souvent, très souvent, d'origines communes, de causes identiques. En nombre de cas, même, elles s'impliquent, se commandent l'une l'autre. C'est ainsi, par exemple, que l'excès d'inflammation aboutit maintes fois à la gangrène ; et la gangrène n'est fréquemment que l'entrée en scène, la modalité initiale du phagédénisme.

Aussi bien ces trois complications prêtent-elles à des considérations communes relativement à leur thérapeutique. En tout cas, de ces considérations il en est une, majeure, prédominante, qui doit être placée en tête de cet exposé et qui peut se formuler ainsi :

Étant donné un chancre soit inflammatoire, soit gangreneux, soit phagédénique, le premier devoir du médecin consiste non pas à se mettre en quête d'un remède pour guérir ce chancre, mais à DÉPISTER LA CAUSE *de cette complication, et, cette cause connue, à l'écarter, à l'exclure, tout au moins à la réprimer dans la mesure du possible.*

Ici, en effet, plus qu'ailleurs, le vieil adage « sublatâ causâ, tollitur effectus » trouve son application. Très positivement, il suffit bien souvent de supprimer la cause d'une inflammation, d'une gangrène, d'un phagédénisme du chancre, pour ramener ce chancre à des conditions communes et le guérir sans autre thérapeutique. De cela la preuve est facile à établir. Ainsi :

Quantité de malades arrivent à nos consultations d'hôpital avec des chancres enflammés, rouges, vineux, violacés, ulcéreux, presque alarmants d'aspect, et semblant s'acheminer vers la gangrène ou le phagédénisme. Or, revoyez ces malades après trois ou quatre jours de repos dans nos salles; vous trouverez leurs chancres absolument modifiés de physionomie, métamorphosés, revenus au type commun. Quel a donc été le secret de leur transformation ? C'est, tout simplement, que ces chancres ont été soignés, lavés, baignés, pansés, soustraits aux causes qui les avaient envenimés, à savoir incurie, saleté, topiques irritants, fatigues, surmenage, etc. Chaque jour ce petit miracle s'accomplit sous nos yeux.

Autre cas : Un de mes clients contracte un chancre syphilitique et ne le traite que trop. Il le traite par toutes les pommades, poudres, lotions, etc., que lui conseillent ses amis. Sur l'avis d'un pharmacien, il le cautérise tous les jours ; sur l'avis d'un camarade, il le panse au perchlorure de fer. Le chancre alors se révolte, s'enflamme, devient livide, douloureux, extensif, et semé de points sphacéliques. Je le vois dans cet état vraiment alarmant et prescris simplement ceci : Suspension de tous les topiques précités, pansements au cold cream, bains généraux quotidiens, bains locaux émollients, et repos. Quatre jours après, modification surprenante du chancre, retour au type usuel, puis guérison en quatre semaines.

Troisième cas, mieux fait encore pour la démonstration. Chancre induré de la rainure ; phimosis inflammatoire ; puis, quelques jours plus tard, effroyable balano-posthite gangreneuse, avec verge en gros battant de cloche ; puis, perforation du prépuce et, à travers cette fenêtre préputiale, hernie du gland, sur lequel on aperçoit un large îlot gangreneux. C'est en de telles conditions que le malade se présente à moi pour la première fois. Séance tenante, j'achève d'ouvrir le prépuce et je trouve dans une véritable caverne de la rainure un gros tampon de charpie qui avait été « oublié » là, tampon tassé, durci et macérant dans un pus horriblement fétide. J'extrais cet immondice et prescris bains prolongés, fomentations émollientes, lotions antiseptiques, etc. Tout aussitôt, détente immédiate des phénomènes inflammatoires, arrêt de la gangrène, et guérison rapide.

Et de même encore pour ces gangrènes ou ces phagédénismes qui, relevant (chose assez rare d'ailleurs) d'un étranglement paraphimosique, se trouvent immédiatement enrayés par ce qu'on appelle l'incision « libératrice ».

L'évidence est donc formelle, et cent autres exemples du même genre pourraient encore témoigner en faveur du précepte que j'énonçais tout à l'heure, à savoir : que la première obligation du médecin, en face d'un chancre enflammé, gangreneux ou phagédénique, est de se demander : « Pourquoi cette inflammation, pourquoi cette gan-

grène, pourquoi ce phagédénisme? » et de rechercher ce pourquoi avec obstination, de s'acharner à le dépister.

Je ne dis pas, certes, que, même en recherchant le plus méthodiquement et le plus minutieusement possible la cause de tels accidents, on parviendra *toujours* à la découvrir. Loin de là. Je ne prétends pas davantage que, l'ayant trouvée, on aura toujours moyen de l'exclure. Car, malheureusement, il est (pour la gangrène ou le phagédénisme, par exemple) des raisons étiologiques (telles que la vieillesse, la glycosurie, la grossesse, la débilité organique, la cachexie, etc.) qui restent au-dessus de nos moyens d'action. Mais je dis que nombreux, fort nombreux en l'espèce, se présentent les cas où, ayant dépisté la cause des accidents en question, on pourra en faire justice, l'atténuer ou même l'exclure, et que c'est là le plus grand service qu'on puisse rendre aux malades.

Cela posé en principe, j'arrive aux cas particuliers.

I. — **Traitement du chancre enflammé et de ses complications d'ordre inflammatoire.** — 1° Les complications inflammatoires du chancre sont de toutes les plus communes, non moins que les plus urgentes à réprimer, et cela parce qu'elles conduisent à tout, à la balano-posthite, au phimosis, au paraphimosis, à la gangrène, au phagédénisme, etc.

Quelle thérapeutique leur opposer? La suivante :

1. *Repos.* — Repos relatif ou absolu, suivant l'intensité du processus inflammatoire. — Si peu que le cas dépasse la moyenne, ne pas hésiter à aliter absolument le malade.

2. *Balnéation.* — Rien de plus actif contre l'inflammation du chancre que la balnéation mise en pratique avec rigueur, à savoir : bains simples ou bains de son répétés *tous les jours* ; — bains d'une heure au minimum, et, dans les cas sérieux, *bains prolongés* (deux à trois heures) ; — à une température douce (35 à 36°).

Comme adjuvants, mais adjuvants utiles, indispensables, *bains locaux*, c'est-à-dire bains de verge dans un verre rempli d'une décoction de guimauve tiède, pour une durée de quinze à vingt minutes.

3. *Enveloppements humides.* — Tenir la verge enveloppée de compresses en plusieurs doubles, imbibées d'eau de guimauve ou d'eau blanche. — Pour la femme, fomentations de même genre, en permanence sur la vulve.

4. Puis, pansements méthodiques et soigneusement faits avec le *topique le moins irritant, le plus anodin possible*, à savoir : ouate enduite de cold cream ; — ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie, d'une décoction de guimauve ou de pavot, d'une solution opiacée (eau de laitue, 200 gr. ; extrait d'opium, 4 gr.). — Le meilleur topique en pareil cas est celui qui est le mieux toléré, c'est-à-dire celui qui n'excite pas, qui provoque le moins de sensations possible.

2° **Phimosis. — Chancres sous-phimosiques.** — Un chancre sous-préputial (de siège quelconque, n'importe) vient à déterminer un phimosis inflammatoire ; que faire ?

A. — Contre le phimosis, traitement antiphlogistique que je viens d'exposer (repos, balnéation, fomentations émollientes, etc.).

B. — Mais reste le chancre. Ce chancre, nous ne l'avons plus sous les yeux ; il est désormais caché, larvé, sous le prépuce. Impossible de le panser. Comment l'atteindre ?

Deux ordres de cas se présentent et donnent lieu à des indications différentes. Ainsi :

1. Dans le premier, *le phimosis est absolu.* — C'est le cas simple par excellence. Nul moyen de panser le chancre. Il faut donc l'atteindre par des injections ; et, d'autre part, le recours aux injections ne s'impose pas moins en vue de prévenir la balano-posthite qui pourrait résulter de la stagnation dans la poche préputiale des liquides sécrétés par la plaie.

Quel agent choisir pour ces injections ? Plusieurs, naturellement, ont été proposés : sublimé, acide borique, chloral, chlorure de zinc, permanganate de potasse, etc. Le meilleur et le plus éprouvé de tous me paraît être le nitrate d'argent en solution faible (1 à 2 grammes pour 200 grammes d'eau distillée).

Ces injections seront faites suivant un procédé que j'indiquerai dans un instant, en parlant de la balano-posthite.

2. Second ordre de cas : *Phimosis incomplet*, avec lequel le malade peut encore découvrir le gland, mais péniblement et en « forçant » quelque peu le limbe préputial. C'est l'ordre des cas délicats.

Faut-il, en telle condition, traiter le chancre comme dans le cas précédent, c'est-à-dire comme s'il y avait phimosis absolu ; — ou bien faut-il persister à panser le chancre comme s'il n'y avait pas phimosis ?

Pas de règle générale à formuler ici. *Tout dépend*, à mon sens, *du cas particulier* ; tout est subordonné au degré d'atrésie inflammatoire de l'anneau préputial. Je m'explique.

Si le malade peut encore découvrir assez librement *pour qu'il n'y ait vraiment pas danger de* RETOUR IMPOSSIBLE *du prépuce sur le gland*, l'indication est de panser le chancre suivant le mode commun, car il y a toujours avantage à panser un chancre. — Seulement, bien prévenir le malade du danger à courir et lui recommander expressément de renoncer à ce mode de traitement s'il devenait difficultueux.

Que si, au contraire, il y a risque, voire le moindre risque pour que le prépuce ne puisse pas être rabattu sur le gland, vu l'étroitesse et la rigidité du limbe, l'indication formelle est de traiter le chancre comme dans le cas de phimosis absolu.

Car, s'il n'y a pas inconvénient réel à convertir un chancre sous-préputial en un chancre sous-phimosique, il peut au contraire y avoir

danger sérieux à compliquer un chancre d'un paraphimosis. — Donc, nulle hésitation possible dans le parti à prendre en pareil cas.

3° **Balano-posthite. — Chancre compliqué de balano-posthite.** — Complication importante, sérieuse parfois, en tout cas des plus essentielles à combattre, car c'est elle qui bien souvent sert d'origine aux accidents les plus graves du chancre, tels que la gangrène et le phagédénisme.

Elle comporte diverses formes, qui peuvent, au point de vue thérapeutique, être ramenées aux deux suivantes : balano-posthite moyenne ; — et balano-posthite grave, avec imminence de gangrène ou avec gangrène déjà accomplie.

1. — Première forme : *Balano-posthite d'intensité moyenne.* — Son traitement se compose : 1° du traitement antiphlogistique des complications du chancre, précédemment formulé (page 226), à savoir : balnéation générale et locale, fomentations, etc. ; — 2° d'*irrigations sous-préputiales*, qui prennent ici le premier rang comme importance thérapeutique.

Pour réaliser la plénitude de leurs effets, ces irrigations devront être portées jusque dans l'arrière-fond de la cavité préputiale, et cela à l'aide d'une longue sonde en caoutchouc rouge (n° 14 ou 15), laquelle offre l'avantage d'être facilement introduite sous le prépuce et de se faufiler comme un petit serpent sur tous les points où il est utile de la diriger.

Elles seront de deux ordres, à savoir :

1. *Irrigations de balayage*, qu'on pratiquera avec un liquide quelconque (eau bouillie, eau boriquée, voire eau commune, etc.) ; car on ne leur demande que de balayer mécaniquement le sac préputial, c'est-à-dire d'en expulser tous les produits purulents ou sanieux qui y sont retenus. — On les prolongera jusqu'à ce que le liquide de reflux sorte de la poche préputiale absolument clair, limpide.

2. *Irrigations modificatrices* ou *médicamenteuses*, destinées à agir sur le chancre et les muqueuses enflammées. — Celles-ci seront pratiquées, immédiatement après les précédentes, avec une solution de nitrate d'argent (1 gr. p. 100 pour les cas légers ; 2 gr. p. 100 pour les cas plus intenses). — Deux ou trois de ces irrigations dans les vingt-quatre heures, chacune à la dose d'un verre à bordeaux.

En outre, si la suppuration est surabondante, adjoindre à ce traitement deux ou trois injections supplémentaires (avec eau simple ou eau boriquée), pour éviter toute stagnation irritante sous le prépuce.

Méthodiquement appliqué, ce traitement fait justice, en l'espace de quelques jours, des phénomènes aigus inflammatoires. Reste alors un léger degré de balano-posthite, qui ne demande plus qu'à être combattu de la même façon, mais avec doses moindres de nitrate d'argent (solution à 0,50 p. 100, par exemple).

Finalement, la résolution se complète, et vient le moment où le malade peut découvrir. Dès lors, le chancre doit être pansé suivant le mode commun, avec interposition d'une légère couche d'ouate sèche entre les surfaces muqueuses du gland et du prépuce.

II. — Seconde forme : *Balano-posthite grave, avec imminence de gangrène ou même avec gangrène déjà accomplie.*

Ici, nulle hésitation, nul retard devant un danger sérieux, auquel seule peut parer une intervention immédiate et énergique. L'indication d'urgence en pareil cas, c'est le *débridement du prépuce*, qui, très simplement, s'obtient par une incision verticale et médiane portant sur toute la hauteur de l'organe à sa face supérieure. Tout aussitôt, les deux lambeaux s'écartent, et les régions sous-jacentes sont mises à découvert dans une grande étendue. Séance tenante, grands lavages avec un liquide antiseptique; — assèchement des surfaces; — pansement du chancre à l'iodoforme; — aspersion d'iodoforme sur toutes les parties; — enveloppement de la verge dans une gaze iodoformée, etc. — Dès le lendemain, balnéation prolongée, bains locaux, etc.

Résultat : Comme règle, sédation immédiate des phénomènes inflammatoires; processus gangreneux conjuré ou enrayé; puis résolution rapide.

4° **Paraphimosis. — Chancre compliqué de paraphimosis.** — Suivant les cas, deux indications différentes, à savoir :

1. Si la réduction du paraphimosis est possible, la tenter. — Or, plus souvent qu'on ne le croit en général, cette réduction est possible, si l'on y procède avec méthode et patience, c'est-à-dire après mouchetures multiples à l'aiguille flambée, malaxation et dégorgement du bourrelet œdémateux, balnéation, fomentations, etc. Dans les premiers jours, elle est toujours possible.

Au delà de ce terme elle devient le plus souvent impossible, et cela par le fait d'une complication spéciale au chancre syphilitique, à savoir par une diffusion de l'exsudat spécifique. C'est qu'en effet l'infiltration du bourrelet étrangleur n'est pas seulement œdémateuse; elle est en outre constituée, et cela pour une part prépondérante, par un exsudat plastique, solidifié, qui envahit les mailles du tissu cellulaire et s'y condense sous forme d'une nappe rigide, dure, analogue comme rénitence (et sans doute aussi comme composition histologique) à l'induration propre du chancre.

2. Deuxième cas : Si le chancre paraît souffrir du paraphimosis par difficulté de la circulation en retour, s'il est tuméfié, œdémateux, livide, vineux, *à fortiori* s'il présente une irrécusable tendance à la gangrène ou au phagédénisme, l'indication formelle est de lever l'étranglement, c'est-à-dire de pratiquer, suivant le procédé usuel, une incision libératrice à la face supérieure de la verge.

Mais l'indication de ce recours à l'intervention chirurgicale ne s'impose que rarement. Car, ainsi qu'en témoignent la plupart des observations, il est nombre de paraphimosis qui, en réalité, *n'étranglent pas* et ne réagissent pas sur le chancre par trouble notable de la circulation en retour. Dans les cas de cet ordre, l'incision n'est pas nécessaire. Mieux vaut mettre en œuvre avec une grande rigueur le traitement antiphlogistique sus-mentionné, prodiguer la balnéation, panser le chancre suivant le mode usuel, et *attendre*. Alors, de deux choses l'une : Ou bien la résolution se fait après un certain temps, et le paraphimosis se réduit *sponte suâ* ; — ou bien la réduction ne s'opère pas; auquel cas le paraphimosis persiste, d'une part, avec adhérences définitives à la face supérieure de la verge et, d'autre part, avec formation, à la partie inférieure de l'organe, d'une tumeur scléreuse qui a reçu le nom de *jabot* sous-préputial. Une nouvelle expectation est encore de rigueur pour déterminer ce qu'on peut obtenir des seules forces de la nature en tant que processus résolutif sur ledit jabot ; puis, c'est affaire ultérieurement, s'il y a lieu, de régulariser l'état des parties par une intervention chirurgicale.

II. — Gangrène et phagédénisme. — Ces deux complications peuvent être réunies dans le même chapitre, eu égard à la quasi-identité des indications thérapeutiques auxquelles elles donnent lieu.

Sans parler du *repos* et du repos absolu, condition essentielle de guérison, quatre indications se présentent à remplir ici, à savoir :

I. — Tout d'abord, *recherche et recherche minutieuse, approfondie, méticuleuse, des causes productrices*. — Bien que ce soit là un point sur lequel j'ai déjà longuement insisté, je ne crains pas d'y revenir encore pour en affirmer à nouveau l'excessive importance. Car bon nombre de gangrènes ou de phagédénismes du chancre dérivent, comme nous l'avons vu, de causes justiciables de l'art (telles que processus inflammatoire, balano-posthite, phimosis, paraphimosis, etc.); et l'exclusion de ces causes, souvent possible, constitue en l'espèce une condition *sine quâ non* de guérison.

II. — *Balnéation*. — Comment la balnéation agit-elle sur la gangrène et notamment sur le phagédénisme? Est-ce en modérant le molimen inflammatoire, en atténuant l'éréthisme nerveux? Est-ce en modifiant de telle ou telle autre façon l'état des parties? Je ne saurais le dire. Toujours est-il qu'elle constitue une des plus puissantes médications contre ces deux ordres d'accidents. En nombre de cas j'en ai obtenu des effets excellents, et j'ai été conduit par expérience à lui accorder une des premières places dans le traitement de ces redoutables complications.

Seulement, pour être pleinement active, elle doit être mise en œuvre d'une façon particulière, à savoir : elle doit consister en des bains à la fois *prolongés* et *répétés*. Je précise.

Bains prolongés ; cela veut dire bains de *trois heures*, maintenus à une température douce et égale (35 à 36° environ).

Bains répétés ; cela veut dire *quotidiens*. — Dans la première semaine, ces bains seront administrés rigoureusement tous les jours. Plus tard seulement, c'est-à-dire après détente des phénomènes inflammatoires et arrêt manifeste du processus ulcératif, ils pourront être distancés et abrégés, à savoir : un bain de deux heures tous les deux jours ; puis, au delà et parallèlement à la modification favorable des accidents, bains d'une heure tous les deux ou trois jours, etc.

Aux bains généraux on associera utilement des *bains locaux* émollients, d'une durée de vingt minutes avant chaque pansement.

III. — *Iodoforme*. — Comme topique du chancre soit gangreneux, soit phagédénique, rien ne vaut, à coup sûr, l'iodoforme. Sur ce point l'expérience n'est plus à faire, elle est acquise. C'est dans les cas de cet ordre que, d'un accord commun, l'iodoforme se montre particulièrement remarquable par ses effets puissamment modificateurs.

Mais comment l'employer ?

Si l'on a affaire à la gangrène ou au phagédénisme gangreneux, qui ne sont en général que faiblement éréthiques, on peut tenter de l'employer *pur*, et il y a avantage à cela, je crois. Donc, après avoir détergé la plaie avec un liquide antiseptique (eau alcoolisée, vin aromatique coupé d'eau, solution de chloral, etc.), on la saupoudrera *largâ manu* d'iodoforme, que l'on recouvrira d'ouate, et l'on complétera le pansement comme d'usage.

S'agit-il au contraire du phagédénisme rouge, inflammatoire, qui est bien moins tolérant, on se trouvera mieux d'employer l'iodoforme *associé à des corps gras* (axonge ou lanoline) et de ne le prescrire d'emblée qu'*à faibles doses* (par exemple, 1 gramme pour 10 grammes d'excipient). Plus d'une fois, en effet, j'ai vu le phagédénisme se révolter contre les pansements secs à l'iodoforme et accepter au contraire les pansements gras iodoformés. — A une époque ultérieure, seulement, il sera permis de tenter l'usage de l'iodoforme pur.

Tout cela, bien entendu, sous réserve des idiosyncrasies. Car, ainsi qu'on l'a dit très justement, le phagédénisme est d'humeur *capricieuse* et tolère ou ne tolère pas le même remède suivant les sujets, voire, sur le même sujet, à des époques différentes et suivant des conditions qui nous échappent. Ainsi, il est des cas où, pour un temps, l'iodoforme excite, irrite, enflamme, « brûle », et force est d'y renoncer ; puis vient un moment où un nouvel essai du même remède non seulement est accepté, mais fait merveille.

Au reste, ce que je viens de dire à propos de l'iodoforme n'est pas moins applicable à n'importe quel autre topique. Ainsi, quand le phagédénisme se met à être intolérant, il devient intolérant parfois pour tout remède, sans exception. J'ai vu des cas où, positivement, *tout* semblait lui nuire, à ce point qu'il fallait renoncer tour à tour aux

topiques d'usage le plus rationnel et le mieux éprouvé. C'est même à propos des cas de cet ordre que Ricord a dit ce mot si juste : « Après avoir essayé de tout faire et en pure perte, le mieux est d'essayer de ne plus rien faire ». En l'espèce, effectivement, la seule conduite à tenir se résume en ceci : renoncer à tout topique actif ; se borner à protéger le chancre avec les agents les plus anodins, les plus indifférents (ouate imbibée d'eau de laitue ou d'eau bouillie, ouate enduite d'axonge fraîche ou de cold cream, etc.), et attendre.

Généralement, en effet, de telles intolérances n'ont qu'un temps. Vient un moment où les topiques usuels sont acceptés et recouvrent leur action ordinaire.

J'ajouterai enfin qu'il est des cas exceptionnels où l'iodoforme reste absolument et décidément intoléré. Son meilleur succédané m'a paru être la teinture d'iode en badigeonnages, mais à la condition de l'employer plus ou moins affaiblie tout d'abord, quitte à en augmenter le titre plus tard, et surtout de ne la mettre en usage qu'après sédation des symptômes inflammatoires.

IV. — *Traitement général.* — Tandis que le traitement général n'exerce le plus souvent qu'une action bien médiocre sur le chancre de forme commune, tout au contraire il influence le chancre phagédénique d'une façon marquée ; cela ne paraît guère contestable.

On s'accorde aussi sur ce point, que c'est le traitement *mixte* qui paraît le plus actif en pareil cas. On prescrira donc simultanément mercure et iodure, et l'un comme l'autre à dose vraiment efficace, c'est-à-dire environ 10 centigrammes de protoiodure et 3, 4 à 5 grammes d'iodure de potassium, quotidiennement.

Je ne saurais oublier que, dans un cas de chancre phagédénique de la langue, chancre extrêmement étendu et du plus mauvais aspect, j'ai obtenu un succès vraiment merveilleux de l'emploi d'*injections de calomel* (pratiquées hebdomadairement dans la fesse, à la dose de 5 centigrammes). Ce chancre fut modifié dès la première injection et guérit avec une surprenante rapidité. C'est donc là une méthode dont l'expérimentation s'impose dans les cas semblables ou analogues.

Fautes thérapeutiques à éviter. — Des fautes étaient faciles à commettre et ont été commises plus d'une fois dans le traitement qu'il convient d'opposer à la gangrène et au phagédénisme d'origine chancreuse. Il ne sera donc pas inutile de les signaler ici, pour en éviter la reproduction. Ainsi :

1° L'expérience a irrévocablement condamné la méthode des *cautérisations destructives* par les caustiques chimiques ou par le fer rouge. Pour détruire, pour anéantir, au sens strict du mot, un phagédénisme, il faudrait réaliser un délabrement important, considérable, parfois énorme et supérieur vraisemblablement à celui qui pour-

rait résulter de la lésion abandonnée à elle-même. Il faudrait, à parler net, détruire une partie de la verge ou de la vulve. Ce serait folie.

Quant aux demi-moyens qui ne détruisent qu'en surface sans pénétrer en profondeur, ils ne sont pas seulement insuffisants, mais dangereux, en ce qu'ils ne manquent guère d'exciter, d'exacerber le phagédénisme et de lui communiquer un surcroît de malignité.

2° Détestable également est la médication dite *irritante substitutive*. De par expérience, tous les agents irritants nuisent et parfois nuisent gravement au phagédénisme.

La même remarque s'applique au nitrate d'argent, dont on fait un si fréquent abus dans le traitement des chancres de tout ordre. J'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs phagédénismes chancreux dont la cause d'entretien n'a été autre, suivant toute vraisemblance, que la multiplicité de cautérisations faites à l'aventure et à l'encontre de toute indication rationnelle.

3° Est-il besoin de dire encore combien est périlleuse, dans le traitement du phagédénisme, toute *médication d'aventure* ? Or, des imprudences de ce genre ont été maintes fois commises ces dernières années, surtout depuis que nous avons été assaillis par une véritable nuée de nouveautés pharmaceutiques qui, issues d'officines à aspirations moins scientifiques que mercantiles, ne se flattent rien moins que de « détrôner l'iodoforme ». Plusieurs fois, pour ma seule part, j'ai eu à constater l'influence nocive de ces remèdes inconnus sur le chancre en général et, plus particulièrement, sur le phagédénisme chancreux. Au nom du bon sens, est-ce que la plus élémentaire prudence ne commande pas d'attendre que ces nouveaux venus aient fait leurs preuves, aient gagné leurs galons, avant d'en risquer l'essai contre une lésion aussi grave que le phagédénisme ? Qui de nous, dans un cas de fièvre palustre grave, pernicieuse, délaisserait la quinine pour quelque agent inéprouvé ?

4° Autre faute à éviter. On pourrait être tenté, dans les cas de gangrène ou de phagédénisme gangreneux, de déterger la plaie, de faire place nette, en détachant les eschares, en éliminant par les ciseaux ou le bistouri les tissus mortifiés. Ce serait là une mauvaise et dangereuse pratique. Car, très fréquemment, au centre de ces eschares ou au niveau même du pédicule qui les retient aux parties vivantes, subsistent des rameaux vasculaires encore perméables. De la section de ces rameaux pourrait résulter une hémorrhagie qu'il ne serait pas toujours facile ni commode d'arrêter au sein de tissus malades ; sans parler même du danger de résorption septique par des embouchures vasculaires béantes en pleine nappe gangreneuse.

ACCIDENTS POSTHUMES DU CHANCRE.

Pour la grande majorité des cas, un chancre qui vient de se cicatriser est un chancre *dont la vie pathologique est épuisée*. Reste seulement, après lui, son noyau d'induration qui diminue, s'amollit, se résorbe et disparaît par degrés, comme je l'ai indiqué dans ce qui précède. A cela près, c'en est fait du chancre, dont l'évolution active est désormais terminée.

Telle est la règle. — Or, trois exceptions se présentent comme dérogation à cette règle et constituent ce qu'il n'est pas d'exagération à qualifier du nom d'**accidents posthumes du chancre**. Ainsi, il est possible :

1° Que l'induration chancreuse, au lieu de s'atténuer, comme d'usage, à la suite de la cicatrisation, s'exagère à la fois et comme volume et comme rénitence;

2° Que la cicatrice du chancre se rouvre, s'exulcère, s'ulcère, en constituant une plaie nouvelle à la surface de l'induration; de sorte que le chancre primitif semble s'être reproduit, renouvelé (*chancre de retour*, *chancre redux*);

3° Que le noyau d'induration du chancre se ramollisse (à la façon d'un phlegmon ou d'une gomme), subisse une sorte de fonte moléculaire, se liquéfie et s'élimine à l'état d'un déliquium puriforme par une ou plusieurs ulcérations creusées à la surface de la lésion (*chancre pseudo-gommeux*).

Ces trois phénomènes sont à coup sûr des plus curieux. Et cependant, bien que je les aie décrits de vieille date (1), ils sont encore peu connus; je les dirai même presque ignorés du public médical, en dehors du petit camp des « spécialistes ». J'ai donc devoir de rappeler l'attention sur eux; car, méconnus, ils ne laissent pas de donner lieu parfois, soit à de réels embarras diagnostiques, soit à de sérieuses erreurs doctrinales.

I. — Le premier, qui n'est autre que l'exagération du noyau d'induration consécutivement à la cicatrice, se trouve déjà connu de nous par ce qui précède. Je ne ferai donc que le citer ici à son rang, au nombre des accidents posthumes du chancre.

II. — Le second constitue ce que j'ai cru pouvoir appeler le CHANCRE REDUX. Il consiste en ceci :

Un chancre syphilitique vient, je suppose, d'aboutir à cicatrisation, en laissant à sa suite un noyau d'induration plus ou moins accentué. La cicatrice est bien accomplie, paraît solide et définitive. Quelques

(1) *Étude clinique sur l'induration syphilitique primitive* (*Arch. gén. de méd.*, 1867).

jours ou même quelques semaines s'écoulent sans incident nouveau. Puis, voici que, contre toute attente, cette cicatrice s'ouvre sur un point, le plus souvent à son centre. Il se produit là une petite érosion, qui tout aussitôt s'étend, s'élargit plutôt encore qu'elle ne se creuse, et a bientôt fait d'envahir tout ou partie de la surface occupée par l'ancien chancre.

Or, cette lésion de nouvelle formation — qu'on veuille bien remarquer ceci — rappelle absolument le chancre primitif. Elle le rappelle à tous égards, et comme siège (cela va sans dire), et comme étendue, et comme configuration, et comme dureté de base (puisqu'elle a pour assise l'induration primitive), et aussi comme aspect général. Si bien que le chancre primitif semble alors reconstitué, ressuscité en quelque sorte. A preuve ce mot usuel et bien topique des malades : « Voilà mon chancre qui revient! » Et, en vérité, ce chancre *redux* offre le plus souvent une identité de caractères presque absolue avec le premier. A ce point que tout observateur n'ayant pas assisté à l'évolution que je viens de dire n'hésiterait pas à reconnaître dans une telle lésion un type accompli de chancre primitif.

Tel est, sommairement, le fait clinique en question. Venons maintenant aux détails.

I. — Tout d'abord, à quelles échéances ce chancre redux entre-t-il en scène après la cicatrisation de son prédécesseur? — Quelquefois à échéance très courte (deux à cinq jours); — bien plus souvent à intervalle de huit à douze ou quinze jours; — quelquefois trois semaines plus tard, rarement au delà.

II. — *Étiologie.* — La réouverture du chancre est un phénomène d'ordre tout spontané. Elle n'a que faire, pour se produire, de l'intervention d'une cause étrangère, telle que traumatisme, excitation ou froissements du coït, applications irritantes, etc.

En revanche, elle est bien sûrement favorisée par une condition spéciale, à savoir l'*exubérance de l'induration*. Dans la grande majorité des cas, en effet (trente-deux fois sur trente-six, d'après une statistique qui m'est personnelle), elle s'observe sur des chancres à induration volumineuse ou excessive. Mais cette condition, cependant, ne lui est pas indispensable; car plusieurs fois on l'a vue se développer sur des chancres ne présentant qu'une faible doublure d'induration parcheminée.

La considération de siège vient à l'appui de ce qui précède. Sur vingt-neuf cas, j'en compte dix-neuf où le chancre redux s'est produit au niveau de la rainure glando-préputiale. Or, c'est en ce point, on le sait, que les chancres syphilitiques se développent avec le plus d'exubérance; c'est là le siège favori des grosses indurations, des indurations « en calus », d'une dureté parfois surprenante.

III. — *Caractères cliniques.* — Le chancre redux se présente sous deux types, à savoir :

1° *Type érosif.* — C'est alors le véritable Sosie de l'érosion chancreuse primitive, qu'il serait inutile de décrire à nouveau.

2° *Type ulcéreux.* — Se présentant sous forme d'une ulcération plus ou moins creuse, soit cupuliforme et « faite à l'évidoir », soit entamante, à bords entaillés, à fond inégal et vermoulu, de teinte soit grisâtre, soit d'un rouge foncé, avec semis de points bruns ou noirâtres.

Cette plaie suinte plus que le chancre primitif. Elle sécrète un liquide sanieux plutôt que purulent, mal lié, et chargé de détritus organiques.

Enfin, elle est indolente.

IV. — *Évolution, durée, récidive.* — Après avoir acquis son complet développement, le chancre redux se limite, reste stationnaire un certain temps, puis se répare, et cela généralement avec une rapidité remarquable. C'est même chose singulière parfois que de voir des cicatrices chancreuses se détruire en quelques jours pour se réparer en quelques jours. Il n'en est pas toujours ainsi, à la vérité. En certains cas, qui sont loin d'être rares, l'ulcération de récidive subsiste sans modification pendant deux, trois septénaires et même davantage, en dépit des traitements les plus méthodiques. Presque toujours alors la lenteur de la réparation cicatricielle paraît trouver sa raison dans le développement excessif de l'induration qui sous-tend la plaie.

Un fait des plus curieux est que la cicatrice (celle qui succède au chancre redux) n'est pas toujours elle-même définitive. Sur plusieurs malades je l'ai vue se rouvrir à son tour; je l'ai vue même, en deux cas, s'éroder légèrement une troisième fois.

Tous les chancres sur lesquels j'ai observé ces *ulcérations récidivantes de cicatrice* étaient doublés d'indurations volumineuses.

Six fois sur sept cas, ces ulcérations récidivantes se sont limitées à une petite étendue de la cicatrice et réparées rapidement. Mais, dans un cas très intéressant (Obs. I du Mémoire précité), il n'en fut pas ainsi, et la troisième ulcération dépassa de beaucoup les deux premières comme étendue, comme profondeur et comme durée. En deux mots, en effet, voici la marche qu'affectèrent les accidents :

1° Chancre initial consistant en une érosion limitée, superficielle, indurée. — Cicatrisation en *dix jours*.

2° Quatre jours plus tard, réouverture du chancre. Formation d'un *chancre redux* qui recouvre toute l'aire du premier chancre. Développement notable de l'induration. — Cicatrisation en *vingt-trois jours*.

3° Dix-sept jours plus tard, réouverture de la cicatrice. — *Second chancre redux*, dont l'ulcération dépasse la cicatrice, s'étend et se creuse. — Cicatrisation seulement obtenue en *trente-trois jours*.

V. — *Complication phagédénique.* — On a vu plusieurs fois ces ulcérations récidivantes, alors qu'elles étaient développées sur de gros noyaux d'induration, se creuser, s'excaver, pénétrer dans les tissus

jusqu'à des profondeurs de 6, 8, 10 millimètres, offrir une surface blafarde, irrégulière, déchiquetée, d'aspect gangreneux, et réaliser en un mot l'aspect du **phagédénisme térébrant**.

De telles lésions ne laissent pas d'être menaçantes d'apparence et sembleraient devoir réclamer une intervention énergiquement répressive. Or, il faut savoir qu'elles sont plus effrayantes que graves. En réalité, elles sont bénignes d'essence. Elles se limitent *sponte suâ* dans un temps assez court et guérissent *sponte suâ*. Elles guérissent même d'autant mieux qu'on les tourmente moins par tels ou tels topiques ou surtout par des cautérisations intempestives; toutes notions essentiellement utiles pour la pratique.

C'est qu'en effet le phagédénisme qui se produit en pareil cas n'est que du *pseudo-phagédénisme* ou, comme le disait Ricord, de l'*auto-phagédénisme*. Le processus ulcératif n'intéresse en l'espèce que des tissus morbides, à savoir le néoplasme d'induration chancreuse, et respecte les tissus physiologiques. Aussi bien, dès que ce néoplasme a achevé de se détruire, voit-on l'ulcération se limiter, se déterger, prendre l'aspect d'une plaie simple et se cicatriser rapidement.

Conséquence pratique : Nul besoin, à propos de ces ulcérations auto-phagédéniques, de faire appel à des médications violentes. Le plus simple traitement suffit en l'espèce, à savoir : pansements méthodiques, comme s'il s'agissait d'un chancre usuel, bains généraux, bains locaux, etc. J'ai vu, dans un cas de cet ordre, la simple charpie guérir ou plutôt laisser guérir en huit jours une ulcération très creuse pour laquelle on avait conseillé une cautérisation au fer rouge.

VI. — *Contagiosité*. — Tout ce qui a trait à la contagion est essentiel à noter. Aussi bien ne dois-je pas négliger de dire que, dans un cas, j'ai eu la preuve que le *chancre redux est contagieux*. Voici ce fait en deux mots.

Un jeune homme, qui venait d'être affecté de deux chancres syphilitiques de la rainure et qui en était guéri, eut des rapports avec sa maîtresse habituelle au moment où les cicatrices de ces deux chancres étaient en train de se rouvrir (25 avril). Il présentait alors deux plaies assez étendues, lisses, de teinte vineuse, reposant sur de volumineux noyaux d'induration. — Or, trois semaines plus tard, cette femme (qui affirmait n'avoir eu rapport qu'avec son amant depuis plus de deux ans et n'avoir eu rapport avec celui-ci depuis plus de deux mois que le 26 avril) commençait à présenter une érosion vulvaire qui devint un chancre syphilitique incontestable, lequel d'ailleurs fut suivi, à échéance réglementaire, d'accidents constitutionnels.

III. — FONTE ET RAMOLLISSEMENT DE L'INDURATION CHANCREUSE (*Chancre pseudo-gommeux*). — Beaucoup plus rare que le précédent, mais non moins curieux que rare, cet accident consiste en ceci : Un ramollissement des couches centrales du noyau d'indu-

ration, lesquelles se convertissent en une sorte de déliquium, puis s'éliminent par une ou plusieurs petites fistules au travers des couches périphériques restées intactes.

Exemple : Un chancre vient, je suppose, de se cicatriser en laissant un volumineux noyau d'induration. Quelques jours ou, au plus, quelques semaines plus tard, on voit s'établir au centre de ce noyau un travail de *ramollissement*, de fonte, de liquéfaction; puis apparaît à sa surface un petit *orifice* régulièrement circulaire, par lequel s'évacue une matière liquide, jaunâtre, sanieuse, puriforme plutôt que purulente. C'est là l'orifice d'un canalicule creusé, comme par une vrille, dans les parties périphériques de l'induration et aboutissant au foyer central de ramollissement. — Puis, les choses étant disposées de la sorte, le processus se poursuit de la même façon, à savoir : les portions du noyau destinées à se ramollir se ramollissent, et le détritus liquide qui résulte de leur désagrégation continue à s'évacuer par la fistule, tout cela à l'instar d'un abcès qui se vide. — Finalement, quand la fonte est terminée, la fistule se cicatrise, et ce qui reste du noyau, notamment en surface, achève de se résorber suivant le mode usuel aux indurations chancreuses.

Donc, ce qu'offre de remarquable le processus en question consiste en les deux particularités suivantes : 1° ramollissement des portions centrales du noyau d'induration, avec intégrité de ses couches superficielles qui échappent à ce travail de désagrégation; — 2° mécanisme d'évacuation par un canalicule creusé dans la coque périphérique du noyau.

Variétés. — I. — Le plus souvent le conduit d'évacuation est unique. — Circulaire, il représente exactement, je répète la comparaison, un trou de vrille creusé dans la cicatrice. — Profond, jusqu'à mesurer 4, 5, 10 millimètres, il aboutit à une cavité, à une sorte de caverne ou de géode correspondant aux parties centrales du noyau, ce dont on se rend facilement compte en explorant les parties avec un stylet à bout recourbé. On sent alors d'une façon non douteuse que l'extrémité de l'instrument se meut en liberté dans un espace vide d'une certaine étendue.

II. — Parfois plusieurs canaux d'évacuation (deux ou trois; j'en ai compté jusqu'à six sur la cicatrice d'un chancre de la rainure) se creusent de la même façon dans l'épaisseur du noyau.

Ces canalicules multiples sont souvent très étroits, presque capillaires, au point de n'admettre que le plus fin stylet. Il faut alors les chercher avec quelque soin pour les découvrir; sinon ils pourraient passer inaperçus.

III. — D'autres fois le conduit unique ou les conduits multiples en question s'élargissent en s'ulcérant, en même temps que s'ulcère la paroi supérieure, c'est-à-dire superficielle, de la lésion. De la sorte, le fond de la caverne se trouve mis à découvert, et la plaie prend

alors exactement l'aspect d'une petite gomme nodulaire en voie d'évacuation. C'est à cette variété que pourrait s'appliquer la dénomination de *chancre pseudo-gommeux*.

Terminaison. — Toujours favorable. — Après un temps variable entre 10 à 20 et 25 jours, le processus d'élimination se termine. La plaie ou les plaies se détergent et se réparent. Reste une cicatrice déprimée, voire excavée, mais qui ne tarde pas à se régulariser et à s'aplanir par résorption graduelle de l'induration périphérique.

Identité probable de nature des deux ordres de lésions précédentes. — Que sont, en définitive, les deux lésions que je viens de décrire sous les noms de chancre redux et de ramollissement en géode de l'induration chancreuse ? Ce sont deux processus ayant pour résultat commun la destruction, la fonte moléculaire et l'élimination du tissu pathologique qui constitue l'induration. Ils diffèrent bien l'un de l'autre, il est vrai, par leur expression objective, par leur modalité clinique. Cliniquement, l'un est une *ulcération* et l'autre une sorte d'*abcès*. Mais, à considérer les choses de plus haut, ce sont moins là deux phénomènes différents que deux apparences différentes d'un même phénomène. Dans un cas, en effet, c'est une induration qui se ramollit dans ses couches superficielles, qui se détruit en surface ; et, comme le travail morbide se fait à découvert, il prend l'aspect d'une ulcération. Dans l'autre, c'est une induration qui se ramollit dans ses couches profondes, qui se détruit en profondeur ; et, comme ici le travail pathologique est masqué, il revêt la forme d'un abcès qui se produit sous la peau et s'élimine par un ou plusieurs trajets fistuleux. La différence, je le répète, n'est que dans l'apparence des choses et non dans leur nature.

Je crois donc qu'on peut légitimement rapprocher et considérer comme identiques ces deux processus morbides. D'autant que plusieurs fois on les a observés simultanément sur le même sujet, au même instant, au même siège, côte à côte, pour ainsi dire. Une telle coïncidence achève de démontrer l'identité de nature de ces deux ordres de lésions.

PÉRIODE SECONDAIRE.

Le chancre et son bubon satellite composent ce qu'on appelle la *syphilis primaire* ou, mieux, la *période primaire* de la syphilis.

Pour un certain temps ces deux accidents restent les seules manifestations *apparentes* de l'infection ; c'est-à-dire que, pendant tout ce temps, rien autre d'extérieur, rien autre d'objectivement appréciable n'accuse la présence du virus ou du microbe dans l'organisme.

Puis, au delà, entrent en scène, du chef de l'agent infectieux qui a pris possession de l'organisme, d'autres troubles ou symptômes morbides. Ceux-ci ont reçu le nom d'accidents *généraux* ou *constitutionnels*. Pourquoi « généraux », pourquoi « constitutionnels »? Parce que, d'une part, au lieu de rester confinés, comme le chancre, au point même où s'est exercée la contagion, leur propre est de se répandre partout, de se disséminer sur tous les systèmes, de *se généraliser*; — et parce qu'à ce titre, d'autre part, ils se présentent en toute évidence comme les conséquences d'une infection ayant imprégné tout l'organisme, comme les expressions d'un vice morbide de la *constitution*.

Ces accidents généraux ou constitutionnels comprennent donc, à part les symptômes de l'étape primaire, *toutes* les manifestations morbides dont est susceptible l'infection issue de la syphilis. C'est dire qu'ils composent *toute* la syphilis, à part le chancre initial et sa lésion satellite du système lymphatique.

Inutile d'ajouter qu'ils sont *légion*. Tout le monde connaît de réputation l'infinie multiplicité des troubles fonctionnels et des lésions de tout ordre qui peuvent relever de la syphilis. Nul type pathologique ne réalise mieux qu'elle le prototype de la maladie infectieuse, pénétrant l'organisme dans toute sa substance et susceptible de faire surgir de toutes parts et à toutes échéances des explosions morbides de modalités des plus variées. A ce point qu'un grand pathologiste a pu dire : « C'est par la syphilis qu'en vérité il conviendrait d'inaugurer l'étude de la médecine, car nulle maladie n'est mieux faite pour représenter à l'esprit de l'étudiant ce qu'est une imprégnation morbide de l'économie par un principe virulent, ce qu'est ce qu'on appelle une affection générale ». (Andral.)

Est-ce donc qu'un sujet affecté de syphilis soit destiné à présenter pour son compte *tous* les symptômes de la syphilis, à parcourir toutes

les stations de ce Calvaire d'un nouveau genre? Non certes, et tant s'en faut, fort heureusement. Le malade le plus malmené par elle en est toujours quitte pour une fraction minime des accidents qui en composent le bilan total. Et le cas habituel, courant, est que, sur un sujet donné, elle se réduise à un *très petit nombre* de manifestations, eu égard au nombre total de celles qu'elle pourrait produire, ce qui parfois du reste n'en atténue que très incomplètement la gravité.

Diverses questions s'imposent actuellement.

I. — **A quelle date se fait l'entrée en scène de ces accidents dits généraux?**

Réponse : Pour l'immense majorité des cas, au cours de la SEPTIÈME SEMAINE *qui suit le début du chancre* (je dis le début du chancre et non pas l'origine même de la contagion, ce qui est tout différent, puisque le chancre ne succède guère à la contagion qu'à échéance de trois, quatre ou cinq septénaires environ).

En moyenne, donc, l'entrée en scène des accidents généraux se fait 45 jours environ après l'éclosion du chancre et 70 jours après la contamination. — Cela, bien entendu, dans l'évolution spontanée de la maladie et indépendamment des perturbations qu'y peut apporter l'intervention thérapeutique.

Ce laps de temps intercalaire entre le début du chancre et l'invasion des accidents généraux a reçu le nom de **seconde incubation**, par opposition à la première qui répond au laps intermédiaire entre la contagion et l'éclosion du chancre.

Il est sujet à variétés dans une certaine mesure.

Rarement il devient plus court que le terme précité, et ne le devient jamais en tout cas que dans une faible proportion. C'est ainsi qu'il peut s'abaisser à 40 jours, 38 jours, voire (mais très exceptionnellement) jusqu'à 35 jours.

Beaucoup plus souvent, au contraire, il dépasse sa moyenne habituelle pour s'élever à 50, 55 jours, ou même deux mois.

Enfin, mais d'une façon tout à fait rare, on a vu l'*explosion secondaire* se faire attendre jusqu'au troisième, voire au quatrième mois.

L'intervention du traitement spécifique à une époque voisine du début même du chancre a pour résultat très habituel de *retarder* l'invasion des accidents généraux. Elle peut même la reculer à des échéances plus ou moins lointaines.

En dernier lieu, soit dit par avance, il n'est pas impossible qu'un traitement énergique institué dès l'époque du chancre, puis longtemps poursuivi au delà, supprime absolument toute manifestation consécutive au chancre ; cela, en tout cas, n'est malheureusement qu'une exception rare.

II. — **Quelles formes morbides composent ce qu'on appelle les accidents généraux ou constitutionnels de la syphilis ?**

Pour répondre à cette question, il ne faudrait rien moins que placer ici toute la table des matières d'un traité de syphilis. Je me bornerai à rappeler que ces accidents consécutifs de la maladie sont doublement remarquables par leur infinie *multiplicité* de formes morbides et par leur *ubiquité* de siège. A ne citer que les principaux, ils consistent en ceci :

Manifestations cutanées de tout ordre, constituant les dermatoses les plus diverses, depuis les plus légères et les plus superficielles jusqu'aux plus profondes et aux plus graves ;

Manifestations de même ordre sur la plupart des muqueuses, notamment muqueuses génitale, buccale, pharyngée, nasale, laryngée, trachéale, rectale, etc. ;

Adénopathies ;

Processus d'infiltrations hyperplasiques, circonscrites ou diffuses, constituant ce qu'on appelle les lésions gommeuses, lésions susceptibles de tout siège ;

Ophthalmopathies de tout genre ;

Sarcocèle ;

Lésions vasculaires, intéressant surtout le système artériel ;

Viscéropathies multiples, et même je ferais mieux de dire lésions possibles de tous les viscères : foie, reins, poumon, cœur, pancréas, intestin, rectum, etc.

Et surtout, avec une supériorité de fréquence très accentuée, affections diverses du système nerveux, portant sur les nerfs, sur la moelle, et principalement sur l'encéphale. A ce point qu'avec toute raison on a pu dire : L'agent toxique qui constitue la syphilis est surtout un « poison pour le système nerveux » (1). Que l'on remarque bien dès à présent cette prédilection de la syphilis pour les centres nerveux. Les myélopathies et les encéphalopathies d'origine syphilitique ou parasyphilitique (tabes, paralysie générale) sont à coup sûr *des plus communes* (2), et inutile d'ajouter qu'elles constituent un des pires dangers de la maladie.

(1) V. A. Fournier, *Échéances du tertiarisme*, etc. (Congrès internat. de dermat. et de syph., 1889).

(2) Si l'on additionne, en effet, les diverses manifestations qui peuvent, au cours de l'étape tertiaire, affecter les divers segments du système nerveux (encéphale, moelle et nerfs), on aboutit à un total numériquement supérieur à celui des manifestations cutanées, considérées jusqu'ici comme constituant l'expression la plus fréquente du tertiarisme.

Ainsi, sur un total de 3.429 accidents tertiaires de tout ordre et de tout siège, j'ai relevé un chiffre de 1.085 manifestations (syphilitiques ou parasyphilitiques) ressortissant au système nerveux contre 787 intéressant le système cutané. (V. le mémoire précité.)

Un tel résultat, à coup sûr, ne laissera pas de surprendre. Je le déclare cependant très authentique et dérivant d'observations recueillies sans le moindre esprit préconçu.

III. — **L'entrée en scène de ces divers accidents consécutifs est-elle soumise à quelque loi, à quelque coordination chronologique,** ou bien, au contraire, est-elle **déréglée, anarchique, livrée au hasard ?**

C'est-à-dire, pour préciser, les manifestations consécutives de la syphilis, essentiellement multiples non moins que variées de formes et de localisations, sont-elles libres de se produire *indifféremment*, les unes ou les autres, dès que la carrière leur est ouverte, à savoir dès que la période intercalaire qui sépare le chancre des accidents généraux se trouve épuisée ? Et le cinquantième jour d'une syphilis, par exemple, peut-il *indifféremment* être signalé par l'éclosion de tel ou tel de ces accidents, d'une roséole ou d'une exostose, d'une papule muqueuse ou d'une gomme, d'un simple mal de tête ou d'une encéphalopathie spécifique ? Non. Sur ce point l'observation s'est prononcée, et nous savons aujourd'hui d'une façon certaine que, loin d'être livrée au hasard, l'évolution des divers groupes d'accidents qui composent la syphilis consécutive est soumise à une véritable *discipline chronologique*. Nous savons que, parmi ces accidents, il en est qui sont appelés à se produire de bonne heure, d'autres plus tard, d'autres plus tard encore, et que tous, quels qu'ils soient (à cela près de certaines exceptions dont nous parlerons plus tard), ont à peu près leur temps marqué, leur date propre dans le calendrier de la vérole. Pour parler sans figure, de ces accidents les uns ont pour caractère de succéder au chancre à bref délai, à courte échéance, dès les premiers mois de la maladie ; — d'autres ne viennent qu'à la suite de ceux-là et ne font guère leur apparition que vers la fin de la première année ou dans le cours de la seconde ; — d'autres, enfin, tiennent l'arrière-garde et ferment la marche, ne se produisant qu'à un âge avancé de la diathèse, lorsque cette diathèse a vieilli, lorsqu'elle compte pour le moins plusieurs années d'existence.

De plus, une observation attentive de la maladie, pénétrant les caractères de ces divers accidents précoces ou tardifs, a mis en relief nombre d'autres faits, à savoir : que ces accidents ne diffèrent pas seulement entre eux par leur coordination chronologique ; — qu'ils diffèrent aussi et souvent par le siège qu'ils affectent, par la forme morbide sous laquelle ils se présentent, par leur physionomie, leur allure, leurs caractères cliniques ; — qu'ils ne diffèrent pas moins par leur gravité intrinsèque ; — qu'ils diffèrent même enfin par l'influence curative qu'exercent sur eux les divers agents de la médication antisyphilitique, etc., etc.

Aussi s'est-on préoccupé de tout temps — et cela devait être — de *classer* ces accidents, de les distribuer en groupes naturels d'après leurs affinités réciproques et surtout suivant l'ordre dans lequel ils se succèdent. De nombreux essais ont été faits en ce sens, même à

une époque reculée de nous (1). Il serait sans intérêt de les reproduire. Qu'il me suffise de dire simplement ceci : De toutes les classifications qui ont été proposées, aucune à coup sûr n'est parfaite, et même je crois qu'il ne saurait en exister jamais de parfaite. Mais il en est une très simple qui, sans échapper à des critiques légitimes, réalise cependant ce qui est essentiel *pour la pratique*, à savoir une division de la maladie en grandes étapes, voire en étapes presque naturelles. Cette classification, qui non seulement est devenue classique, mais qui a passé dans le langage vulgaire, est due, comme chacun le sait, à Ricord. Elle partage l'évolution totale de la diathèse en trois périodes, de la façon suivante :

I. — **PÉRIODE PRIMITIVE**, constituée par le *chancre*, avec son satellite fidèle, le *bubon*. — Cette période est celle dont nous avons parlé jusqu'à présent.

II. — **PÉRIODE SECONDAIRE**, comprenant l'ensemble des accidents qui succèdent au chancre à courte échéance (c'est-à-dire dans le cours des premiers mois, de la première, de la seconde ou, au plus tard, de la troisième année), et qui ont pour caractère habituel de n'intéresser les tissus que d'une façon superficielle et relativement bénigne.

III. — **PÉRIODE TERTIAIRE**, constituée par les accidents qui ont pour habitude de ne se manifester qu'à un âge plus ou moins avancé de la maladie, et pour caractère d'intéresser les tissus d'une façon profonde et grave.

Je le répète, cette classification est passible d'objections nombreuses ; mais, telle qu'elle est, telle que je viens de la formuler

(1) A ne citer qu'un exemple, je produirai le remarquable passage suivant, emprunté à Thierry de Héry :

« Les symptômes ou accidents communs de cette maladie (maladie vénérienne ou vérolle) sont plusieurs, desquels *les uns précèdent*, *les autres suivent*, *les autres surviennent*. Ceux qui précèdent sont ulcères de diverse nature en la verge, ardeur d'urine ou pisse-chaude, bubons ou poulains..., lesquels servent quasi d'*avant-coureurs*. Les autres, que nous appellons *suivans* ou *consécutifs* sont pustules et ulcères naissans par tout le corps, principalement aux parties honteuses, au siège, à la bouche, à la gorge, à la teste, au front et aux émonctoires. Pareillement cheute de poils, communément dite pelade, douleurs articulaires, souvent mobiles aussi, mais peu souvent tophes ou nodositez. Les derniers, que nous appellons *survenans* ou extraordinaires..., sont douleurs fixes de toute la teste ou d'une partie d'icelle, des bras, des jambes, principalement avec nodositez, où souvent sont les os cariez et corrompus, ulcères virulents et phagédéniques, communément dits ambulatifs, scissures ou dartres aux mains, pieds et autres parties du corps, vice provenant de chacune des concoctions avec marasmation et amaigrissement d'iceluy, etc... » (*La méthode curatoire de la maladie vénérienne vulgairement appelée grosse vérolle*, p. 133).

Voy. de même Jacques de Béthencourt (*Nouveau Carême de pénitence*), Jean de Vigo, etc... — Je crois avoir montré dans ma *Collection des anciens syphiligraphes* que la hiérarchie qui préside à l'évolution des diverses manifestations de la maladie n'avait pas échappé aux premiers auteurs qui virent éclore et décrivirent le Mal français.

(après avoir pris soin d'en élaguer certains caractères (1) que Ricord avait eu l'imprudence d'y introduire autrefois), je la crois très suffisante aux besoins de la pratique et surtout très conforme à l'*esprit* général de la maladie. Il est positif, en effet, que la syphilis consécutive procède de la façon suivante : *d'abord*, par des manifestations qui sont ou bien de simples troubles fonctionnels ou bien des lésions n'intéressant les tissus que d'une façon superficielle et relativement bénigne; — et, *plus tard*, par des accidents qui affectent les parties d'une façon plus profonde, plus sérieuse, plus importante organiquement et, en somme, bien plus grave. — Souvent même de l'un à l'autre de ces deux derniers stades de la syphilis, stade secondaire et stade tertiaire, il existe un contraste si prononcé, voire une opposition si manifeste, que le troisième semble véritablement, par rapport au second, *constituer une autre maladie*. Le mot est de Hunter et n'a rien, je crois, d'exagéré.

Or, cette opposition, ce contraste, se trouve représenté dans la classification de M. Ricord par les termes mêmes de « période *secondaire* » et de « période *tertiaire* ».

Conservons donc ces termes expressifs, imagés, simples et commodes pour la pratique, de *Syphilis primaire*, *Syphilis secondaire* et *Syphilis tertiaire* ; conservons-les comme traduisant d'une façon générale une évolution morbide que légitimera l'exposé qui va suivre; conservons-les enfin parce qu'ils sont dans la bouche de tout le monde et qu'ils sont compris de tout le monde dans leur juste acception, en dépit même, je le reconnais une dernière fois, des très justes critiques qui peuvent leur être opposées.

IV. — Quels accidents composent la période secondaire et quelle en est la caractéristique générale ?

1. — Ce fut longtemps une opinion admise que la syphilis a pour habitude de procéder *de la périphérie au centre*, c'est-à-dire d'affecter d'abord les parties extérieures, tégumentaires, de se limiter pour un temps à cet ordre de parties, puis de pénétrer ensuite de plus en plus profondément dans l'organisme, pour envahir alors les tissus intérieurs et les viscères. « Les parties profondément situées, disait-on

(1) Ricord, par exemple, donnait comme caractère de la période primitive d'être la seule à recéler le *virus inoculable* ; — et, comme caractère de la période secondaire, de *n'affecter que les tissus superficiels*, la vérole tertiaire ayant pour attribut opposé d'*affecter les tissus profonds*.

Or, ce sont là des erreurs que la science actuelle a réformées. Elles ne sauraient en conséquence figurer dans la caractéristique des diverses étapes de la syphilis, et je les ai soigneusement élaguées de la classification qu'on vient de lire.

D'une part, en effet, il est acquis aujourd'hui que le « virus inoculable » est aussi bien contenu dans les accidents secondaires que dans le chancre. Et, d'autre part, il est tout aussi certain que la syphilis secondaire ne borne pas son action « aux tissus superficiels ». Bien au contraire, comme on le verra par ce qui va suivre, elle étend souvent ses manifestations aux systèmes *profonds*; elle est même presque aussi *viscérale*, d'après moi du moins, que la vérole tertiaire.

autrefois avec Hunter, manifestent l'action syphilitique plus tard que les parties superficielles. » Puis, lorsque avec les doctrines de Ricord la division de la syphilis en périodes secondaire et tertiaire fut importée dans la science, les idées communément admises sur l'évolution de la maladie ne se trouvèrent que d'autant plus confirmées, et l'on continua à représenter la syphilis secondaire comme se limitant d'une façon exclusive aux parties superficielles, tandis que la syphilis tertiaire restait seule capable d'intéresser les organes profonds.

Or, une telle opinion n'est plus conforme à ce que nous ont appris les progrès de la science. Ce partage de la syphilis en deux séries successives d'accidents, les uns *périphériques* et les autres *profonds* ou viscéraux, ne saurait plus être admis de nos jours. Nous savons actuellement que la syphilis, même dans ses plus jeunes étapes, peut porter ses manifestations sur les systèmes intérieurs. On verra même par ce qui va suivre que la période secondaire de la diathèse ne laisse pas d'être fréquemment viscérale et de comporter nombre de troubles morbides intéressant le tube digestif, le foie, les nerfs, l'axe cérébro-rachidien, voire le système ganglionnaire, le cœur, les vaisseaux, l'utérus, etc.

Et comment, en vérité, pourrait-il en être autrement? Comment une maladie d'essence aussi générale que la syphilis, une maladie qui, du premier coup, prend possession de tout l'être, pourrait-elle borner ses manifestations à un seul système ou à un seul ordre de systèmes, en laissant indemnes tous les autres appareils? Se représente-t-on bien un syphilitique qui serait syphilitique par sa peau et par ses muqueuses, sans l'être par tout son corps et dans toute sa substance? *A priori,* cette singulière scission de la diathèse en deux étapes successives, intéressant, l'une les parties extérieures et l'autre les parties profondes, est contraire à tout ce que nous enseigne la pathologie à propos des affections générales, des empoisonnements, des états constitutionnels, etc. En fait, cela n'est pas. *Le syphilitique est syphilitique d'emblée par tous ses organes, par toutes les parties de son individu, et cela en profondeur comme en surface.* Aussi les fonctions splanchniques peuvent-elles aussi bien être compromises à un âge jeune encore de la maladie que dans un stade plus avancé; aussi, je le répète, la syphilis secondaire peut-elle être et est-elle, en réalité, tout aussi *viscérale* que la syphilis tertiaire.

Au total, de quoi se compose donc cette période secondaire que nous nous préparons à étudier? De ceci, sommairement :

Pour une part ultra-prédominante, manifestations intéressant le système tégumentaire, à savoir : la peau, sous forme de dermatoses des plus variées, dites *syphilides*; — et les muqueuses, notamment les deux muqueuses génitale et bucco-gutturale, sous forme de lésions diverses dites vulgairement *plaques muqueuses*;

Comme lésions annexes du système tégumentaire, onyxis, périonyxis, alopécies de tout siège ;

Adénopathies disséminées ;

Phénomènes douloureux, non moins variés de siège que de forme : céphalée ; — arthralgies ; — douleurs rhumatoïdes des membres ; — sternalgie ; — pleurodynie ; — névralgies et douleurs névralgiformes, etc.

Affections diverses du système locomoteur : périostites, périostoses, ostéalgies ; — arthropathies ; — ténosites ; — myosalgies, contractures musculaires, tremblements, etc. ;

Iritis, et, plus rarement, ophthalmopathies d'autres localisations ;

Épididyme secondaire ;

Phénomènes généraux : troubles de ce qu'on appelle « la santé » ; — troubles digestifs ; — ictère ; — troubles de nutrition : anémie, débilitation, amaigrissement. — Phénomènes de réaction fébrile : fièvre syphilitique, typhose secondaire ;

Troubles nerveux, beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme : nervosisme secondaire ; — algies multiples ; — troubles de sensibilité, notamment analgésies régionales ; — boulimie ; — hystéricisme ; — éveil ou réveil de névroses (hystérie secondaire, épilepsie secondaire), etc.

Troubles des fonctions de reproduction. — Influence pernicieuse de la syphilis secondaire sur le produit de conception. — Lésions placentaires. — Avortements ; avortements multiples. — Mortalité effroyable des enfants issus de géniteurs en état de syphilis secondaire.

II. — La syphilis, ai-je dit dans ce qui précède, se présente sous des physionomies très différentes suivant ses périodes. Je précise actuellement.

Dans sa période secondaire, laquelle est contenue et resserrée dans l'étroite limite de deux à trois années, c'est une maladie *prodigue en manifestations* des plus diverses ; — manifestations *multiples* soit d'une façon contemporaine, soit à échéances plus ou moins rapprochées ; — manifestations *disséminées*, éparses, éparpillées, quasi-généralisées même, alors, par exemple, qu'elles criblent de leurs souillures la peau et les muqueuses ; — mais manifestations presque invariablement superficielles, légères, *résolutives*, ne créant pas d'injure grave pour les tissus, et, conséquemment, *plutôt vexatoires que graves*.

Inversement, dans sa période tertiaire, la syphilis nous apparaît comme une maladie *à cycle évolutif de rayon indéfini* ; — à *manifestations discrètes, rares, largement espacées* ; — à manifestations *parenchymateuses, profondes, désorganisatrices*, et, conséquemment, toujours *graves*. Très souvent même, elle se réduit à une manifes-

tation *unique* (syphilis cérébrale, par exemple) dont la gravité compense l'unicité.

D'autre part, la syphilis secondaire *n'a qu'un temps*; c'est une étape provisoire qui, une fois épuisée, périmée, ne rentrera plus en scène. — Tandis que la syphilis tertiaire est une étape *indéfinie*, qui n'a pas de limites, et dont le seul terme, vraisemblablement, correspond au terme même de la vie.

De ce parallèle on pourrait être conduit logiquement à tirer une déduction, à savoir : que *la syphilis secondaire, c'est la syphilis bénigne*, tandis que *la syphilis tertiaire, c'est la syphilis grave.*

Eh bien, cette déduction, vraie pour une part, est erronée pour une autre. Ainsi :

Elle est vraie en ce qui concerne l'*individu*. Oui, la syphilis secondaire est bénigne pour l'individu, car elle ne crée pour lui que des vexations, des ennuis, sans dangers véritables.

Mais c'est une tout autre affaire en ce qui concerne les dangers *pour autrui*. Car la syphilis secondaire est particulièrement grave pour autrui, et grave même à deux titres, à savoir : par ses *dangers de contagion* et par ses *dangers d'hérédité*.

Et, en effet, la syphilis secondaire, d'une part, est ultra-féconde en accidents susceptibles de transmettre la contagion. Nul doute même, au nom de l'expérience, qu'en raison de la multiplicité de ses accidents contagieux, de leurs variétés infinies de localisation et, plus particulièrement encore, de leur excessive fréquence sur les organes génitaux et à la bouche, elle ne soit la *grande source*, la source par excellence, qui alimente la syphilis, qui la propage, la dissémine, l'entretient, voire la multiplie parmi nous.

D'autre part, l'étape secondaire est incontestablement celle où *l'influence héréditaire de la maladie atteint son maximum de nocivité* et il n'y a même pas d'exagération à dire de *perniciosité*. C'est, à coup sûr, l'étape chronologique où l'agent infectieux vicie le plus activement les éléments reproducteurs, se transmet le plus sûrement au produit de conception, et exerce sur le fœtus ou l'enfant l'action la plus meurtrière.

V. — Dernière question préalable : **Comment se fait ce qu'on appelle l'explosion secondaire**, c'est-à-dire quels symptômes inaugurent cette période, la traduisent originairement, à son début même ?

Pour la très grande majorité des cas, l'invasion secondaire se fait — et cela d'une façon inconsciente, non remarquée parce qu'elle est non douloureuse — par des symptômes éruptifs divers, à savoir : le plus habituellement, par une série de taches rosées (roséole) qui se produisent sur les flancs et les parties latérales du thorax, moins souvent par quelques taches papuleuses disséminées. Ces taches ou

ces boutons, le malade s'en aperçoit généralement par hasard; souvent même il les méconnaît un certain temps, et c'est le médecin qui, épiant l'éruption à propos du chancre, les signale à son client étonné.

Il n'est pas rare qu'avec le début même de ces phénomènes éruptifs coïncident quelques symptômes généraux presque toujours assez légers, tels que douleurs de tête, douleurs vagues dans les membres, certain état de lassitude et de malaise.

D'autres fois — et cela spécialement chez la femme, comme aussi sur certains sujets nerveux — l'invasion secondaire se traduit d'une façon moins inconsciente, moins larvée, c'est-à-dire par divers phénomènes mieux faits pour éveiller l'attention du malade et primant comme importance les symptômes éruptifs, à savoir :

Tantôt, *céphalalgie* vive, se produisant par accès, et céphalalgie surtout remarquable par des retours vespérins, qui se manifestent vers la chute du jour, vers les six à sept heures de l'après-midi.

Tantôt, état de *malaise général* notablement accentué : courbature singulière, lassitude, brisement des membres, inappétence, inaptitude au travail, langueur vague, pâleur, amaigrissement, etc., tous symptômes donnant le sentiment d'une imminence morbide, de « quelque chose qui se prépare », comme disent les malades.

Assez souvent, encore, *douleurs localisées*, variables de siège et d'intensité : douleurs dans les membres, dans les épaules, les genoux, les articulations, les masses musculaires; — douleurs névralgiformes dans la tête, dans une moitié de la tête ; — ou bien douleur sternale, points pleurodyniques, etc. (Comme exemple, j'ai vu un étudiant en médecine débuter dans la période secondaire par une violente pleurodynie, bien circonscrite à une côte dans l'étendue de quelques centimètres, et suivie de roséole à distance de huit jours.)

D'autres fois, phénomènes de *réaction fébrile*; frissons passagers, accès fébriles intermittents, à retours vespérins ou nocturnes.

Enfin, *phénomènes nerveux*, très variables suivant les sujets : nervosisme général ; « impatiences », comme disent les femmes; spasmes, vapeurs, palpitations, vertiges, insomnies, etc.

Telle s'annonce la période secondaire, pour se caractériser ensuite par les diverses manifestations dont l'étude va suivre.

ÉTAT GÉNÉRAL AU COURS DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Avant d'aborder les descriptions spéciales des manifestations multiples qui composent la période secondaire, une question d'ordre plus général s'impose à notre étude.

Quel est, au cours de cette période, l'**état de santé** du sujet syphilitique ? En autres termes, la syphilis secondaire réagit-elle, oui ou non, sur l'économie, sur ce qu'on appelle l'état général, la

tation *unique* (syphilis cérébrale, par exemple) dont la gravité com-
pense l'unicité.

D'autre part, la syphilis secondaire *n'a qu'un temps* ; c'est une étap
provisoire qui, une fois épuisée, périmée, ne rentrera plus en scène
— Tandis que la syphilis tertiaire est une étape *indéfinie*, qui n'
pas de limites, et dont le seul terme, vraisemblablement, correspo
au terme même de la vie.

De ce parallèle on pourrait être conduit logiquement à tirer u
déduction, à savoir : que *la syphilis secondaire, c'est la syphi
bénigne*, tandis que *la syphilis tertiaire, c'est la syphilis grave.*

Eh bien, cette déduction, vraie pour une part, est erronée p
une autre. Ainsi :

Elle est vraie en ce qui concerne l'*individu*. Oui, la syphilis se
daire est bénigne pour l'individu, car elle ne crée pour lui que
vexations, des ennuis, sans dangers véritables.

Mais c'est une tout autre affaire en ce qui concerne les da
pour autrui. Car la syphilis secondaire est particulièrement
pour autrui, et grave même à deux titres, à savoir : par ses *d*
de contagion et par ses *dangers d'hérédité*.

Et, en effet, la syphilis secondaire, d'une part, est ultra-f
en accidents susceptibles de transmettre la contagion. Nul
même, au nom de l'expérience, qu'en raison de la multipli
ses accidents contagieux, de leurs variétés infinies de localisa
plus particulièrement encore, de leur excessive fréquence
organes génitaux et à la bouche, elle ne soit la *grande so*
source par excellence, qui alimente la syphilis, qui la pro
dissémine, l'entretient, voire la multiplie parmi nous.

D'autre part, l'étape secondaire est incontestablement
l'influence héréditaire de la maladie atteint son maximum d
et il n'y a même pas d'exagération à dire de *pernicioslté*. C'e
sûr, l'étape chronologique où l'agent infectieux vicie le pl
ment les éléments reproducteurs, se transmet le plus sûr
produit de conception, et exerce sur le fœtus ou l'enfa
la plus meurtrière.

V. — Dernière question préalable : **Comment se fait
appelle l'explosion secondaire**, c'est-à-dire quels
inaugurent cette période, la traduisent originairement,
même ?

Pour la très grande majorité des cas, l'
— et cela d'une façon inconsciente, sans
non douloureuse — par des symptômes
plus habituellement, par une sé
produisent sur les faces
souvent par quelques

tation *unique* (syphilis cérébrale, par exemple) dont la gravité compense l'unicité.

D'autre part, la syphilis secondaire *n'a qu'un temps* ; c'est une étape provisoire qui, une fois épuisée, périmée, ne rentrera plus en scène. — Tandis que la syphilis tertiaire est une étape *indéfinie*, qui n'a pas de limites, et dont le seul terme, vraisemblablement, correspond au terme même de la vie.

De ce parallèle on pourrait être conduit logiquement à tirer une déduction, à savoir : que *la syphilis secondaire, c'est la syphilis bénigne*, tandis que *la syphilis tertiaire, c'est la syphilis grave*.

Eh bien, cette déduction, vraie pour une part, est erronée pour une autre. Ainsi :

Elle est vraie en ce qui concerne l'*individu*. Oui, la syphilis secondaire est bénigne pour l'individu, car elle ne crée pour lui que des vexations, des ennuis, sans dangers véritables.

Mais c'est une tout autre affaire en ce qui concerne les dangers *pour autrui*. Car la syphilis secondaire est particulièrement grave pour autrui, et grave même à deux titres, à savoir : par ses *dangers de contagion* et par ses *dangers d'hérédité*.

Et, en effet, la syphilis secondaire, d'une part, est ultra-féconde en accidents susceptibles de transmettre la contagion. Nul doute même, au nom de l'expérience, qu'en raison de la multiplicité de ses accidents contagieux, de leurs variétés infinies de localisation et, plus particulièrement encore, de leur excessive fréquence sur les organes génitaux et à la bouche, elle ne soit la *grande source*, la source par excellence, qui alimente la syphilis, qui la propage, la dissémine, l'entretient, voire la multiplie parmi nous.

D'autre part, l'étape secondaire est incontestablement celle où *l'influence héréditaire de la maladie atteint son maximum de nocivité* et il n'y a même pas d'exagération à dire de *perniciosité*. C'est, à coup sûr, l'étape chronologique où l'agent infectieux vicie le plus activement les éléments reproducteurs, se transmet le plus sûrement au produit de conception, et exerce sur le fœtus ou l'enfant l'action la plus meurtrière.

V. — Dernière question préalable : **Comment se fait ce qu'on appelle l'explosion secondaire**, c'est-à-dire quels symptômes inaugurent cette période, la traduisent originairement, à son début même ?

Pour la très grande majorité des cas, l'invasion secondaire se fait — et cela d'une façon inconsciente, non remarquée parce qu'elle est non douloureuse — par des symptômes éruptifs divers, à savoir : le plus habituellement, par une série de taches rosées (roséole) qui se produisent sur les flancs et les parties latérales du thorax, moins souvent par quelques taches papuleuses disséminées. Ces taches ou

ces boutons, le malade s'en aperçoit généralement par hasard; souvent même il les méconnaît un certain temps, et c'est le médecin qui, épiant l'éruption à propos du chancre, les signale à son client étonné.

Il n'est pas rare qu'avec le début même de ces phénomènes éruptifs coïncident quelques symptômes généraux presque toujours assez légers, tels que douleurs de tête, douleurs vagues dans les membres, certain état de lassitude et de malaise.

D'autres fois — et cela spécialement chez la femme, comme aussi sur certains sujets nerveux — l'invasion secondaire se traduit d'une façon moins inconsciente, moins larvée, c'est-à-dire par divers phénomènes mieux faits pour éveiller l'attention du malade et primant comme importance les symptômes éruptifs, à savoir :

Tantôt, *céphalalgie* vive, se produisant par accès, et céphalalgie surtout remarquable par des retours vespérins, qui se manifestent vers la chute du jour, vers les six à sept heures de l'après-midi.

Tantôt, état de *malaise général* notablement accentué : courbature singulière, lassitude, brisement des membres, inappétence, inaptitude au travail, langueur vague, pâleur, amaigrissement, etc., tous symptômes donnant le sentiment d'une imminence morbide, de « quelque chose qui se prépare », comme disent les malades.

Assez souvent, encore, *douleurs localisées*, variables de siège et d'intensité : douleurs dans les membres, dans les épaules, les genoux, les articulations, les masses musculaires; — douleurs névralgiformes dans la tête, dans une moitié de la tête ; — ou bien douleur sternale, points pleurodyniques, etc. (Comme exemple, j'ai vu un étudiant en médecine débuter dans la période secondaire par une violente pleurodynie, bien circonscrite à une côte dans l'étendue de quelques centimètres, et suivie de roséole à distance de huit jours.)

D'autres fois, phénomènes de *réaction fébrile*; frissons passagers, accès fébriles intermittents, à retours vespérins ou nocturnes.

Enfin, *phénomènes nerveux*, très variables suivant les sujets : nervosisme général ; « impatiences », comme disent les femmes; spasmes, vapeurs, palpitations, vertiges, insomnies, etc.

Telle s'annonce la période secondaire, pour se caractériser ensuite par les diverses manifestations dont l'étude va suivre.

ÉTAT GÉNÉRAL AU COURS DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Avant d'aborder les descriptions spéciales des manifestations multiples qui composent la période secondaire, une question d'ordre plus général s'impose à notre étude.

Quel est, au cours de cette période, l'**état de santé** du sujet syphilitique ? En autres termes, la syphilis secondaire réagit-elle, oui ou non, sur l'économie, sur ce qu'on appelle l'état général, la

santé ; et, en cas d'affirmative, comment et sous quelles formes se traduit cette influence ?

Eh bien, à ce point de vue, deux ordres de cas se présentent à l'observation.

I. — D'abord, il est possible que la syphilis secondaire ne réagisse pas sur l'état général, ne touche pas à la santé, comme on dit vulgairement, au moins d'une façon sensible, cliniquement appréciable.

C'est ainsi que nombre de malades *tolèrent* leur syphilis sans dommage apparent et, quoique syphilitiques, se portent absolument bien, tout au moins se portent comme avant d'avoir subi la contamination. Chez eux, l'état infectieux semble ne pas influencer les grandes fonctions. Ils mangent avec appétit, digèrent facilement, travaillent comme de coutume, conservent leur entrain, leur teint habituel, leur embonpoint, bref n'accusent rien de morbide qui soit imputable à la syphilis. A ce point même que certains s'en étonnent. Combien de fois, par exemple, ne m'est-il pas arrivé d'entendre tel ou tel de mes clients me dire : « Mais, c'est étonnant, docteur ; avec ma vérole, je me porte bien, très bien, je ne me suis même jamais mieux porté. »

J'estime que cette absence de réaction fâcheuse sur l'organisme s'observe (approximativement) dans la moitié des cas chez la femme, et dans les trois quarts chez l'homme.

Elle est habituelle au cours des syphilis bénignes. — Chose plus curieuse, elle n'est même pas incompatible avec des syphilis plus sévères, d'ordre presque intense. Ainsi, on voit parfois des sujets qui, malmenés par la syphilis quant à leur peau, quant à leurs muqueuses, ne sont pas « touchés » par elle quant à leur état de santé. Il est même impossible en certains cas de ne pas être frappé par un contraste curieux entre un état général satisfaisant et la surabondance de manifestations cutanées plus ou moins importantes. Ce sont là des syphilis *tout en dehors*, suivant l'expression consacrée.

II. — Mais il n'en est plus de même en d'autres cas où, tout au contraire, la santé se trouve affectée, altérée, modifiée de différentes façons et à des degrés variables par la syphilis secondaire.

Ainsi, chez un certain nombre de sujets, la syphilis crée bien positivement un état véritable de *maladie*, déprime les grandes fonctions par l'intermédiaire probable du système nerveux, altère la crase du sang, change la manière d'être de l'individu, modifie la constitution, diminue la résistance vitale, exerce en un mot sur toute l'économie une influence pathologique des plus manifestes. Cette action générale du virus se traduit le plus habituellement par une diminution notable des forces, un appétit moins vif, une langueur inusitée, un affaissement notable de toutes les fonctions, une certaine altération du teint, allant parfois jusqu'à la pâleur de l'anémie, un amaigrissement très appréciable, un changement marqué dans la physionomie,

souvent même une modification dans les habitudes, le caractère, l'entrain, la gaieté, les aptitudes, etc. Bref, sous une forme ou sous une autre, le sujet syphilitique affecté de la sorte devient alors *un malade* ; une modification de tout l'être s'est produite en lui; en un mot, *sa santé s'est troublée.*

Quelque variée et complexe que puisse être cette influence de la syphilis sur l'état général, il n'est pas impossible cependant de lui assigner *trois types principaux*, lesquels, bien entendu, sont susceptibles de s'associer et de se combiner, à savoir :

1° Le type **anémique** ;
2° Le type **asthénique** ou **nerveux**;
3° Le type **dénutritif**.

Quelques mots à propos de chacun d'eux.

1° Le **type anémique** est assez commun, mais surtout dans ses formes légères. En autres termes, la syphilis crée rarement des anémies véritables et bien accentuées; beaucoup plus souvent elle réalise des états *sub-anémiques*.

Il s'observe surtout dans les premiers temps de l'infection, et spécialement chez les sujets jeunes, blonds, délicats. — Il est notablement plus fréquent dans le sexe féminin.

On devine les symptômes qui le caractérisent : décoloration de la peau et des muqueuses, naturellement variable d'intensité suivant le degré de la déglobulisation ; — alanguissement général ; — expression « fatiguée » de la physionomie; — amaigrissement léger ; — lassitude habituelle ; — capacité moindre pour le travail physique et intellectuel ; — essoufflement et palpitations faciles; — quelquefois, mais non pas toujours, signes stéthoscopiques des anémies banales.

Parfois aussi, comme conséquences possibles de cet état anémique, troubles divers des fonctions digestives (diminution et caprices d'appétit, dyspepsie, gastralgie), et surtout tendance aux troubles nerveux : éréthisme, viscéralgies vagues, douleurs névralgiformes, etc.

2° **Type asthénique ou nerveux**. — Presque toujours associé au précédent, celui-ci consiste, comme son nom l'indique, en une sorte de *langueur* de tout l'être, avec perte des forces, affaissement général de l'organisme, tendance à un nervosisme vague et à des troubles nerveux des plus variés.

C'est un type rare chez l'homme, tout au contraire assez commun chez la femme et spécialement chez la jeune femme. — C'est aussi, par excellence, le type qu'on observe en coïncidence avec les syphilis où prédominent les troubles nerveux.

Les symptômes qui le caractérisent (et que je me bornerai à énoncer ici sommairement, parce que j'aurai plus tard à les décrire en détail) consistent en ceci :

D'une part, malaise physique, se traduisant par une sorte d'affaissement, d'atonie, de besoin de repos ; sentiment de faiblesse musculaire, que traduit d'ailleurs le dynamomètre. — D'autre part, asthénie correspondante de l'activité intellectuelle. — Alanguissement parallèle des fonctions splanchniques : diminution de l'appétit, lenteur des digestions, phénomènes dyspeptiques; constipation par inertie intestinale; — mollesse du pouls; — dyspnée; — paresse des sens; — sueurs locales; — algidités périphériques, etc. Somme toute, état de dépression de tout l'être, avec asthénie de tous les systèmes et complication possible de troubles nerveux dont je réserve l'énumération quant à présent.

Cet ensemble de symptômes comporte, bien entendu, des degrés multiples qui le présentent sous des formes très variées.

A son degré le plus accentué, qui du reste est d'observation rare et ne se rencontre guère que chez la femme, il rappelle presque cet état d'asthénie profonde qui caractérise la convalescence des fièvres graves.

C'est ainsi que l'on voit parfois des jeunes femmes être littéralement accablées, *éreintées* (suivant leur propre expression) par la première ou l'une des premières poussées de la syphilis secondaire. Ces femmes sont forcées de renoncer à leurs occupations journalières, dont elles ne se sentent plus capables; elles se trouvent, disent-elles, « toujours fatiguées, même sans avoir rien fait, toujours à bout de forces ». A l'hôpital, elles gardent le lit la plus grande partie de la journée. Leur fait-on reproche d'une semblable inertie, elles répondent qu'elles n'en sont pas coupables, qu'elles se sentent les jambes brisées, les membres engourdis, courbaturés et « moulus ». Se lèvent-elles, elles ne marchent qu'avec peine, lentement, lourdement, à la façon de malades en convalescence. Debout, elles éprouvent aussitôt le besoin de s'asseoir, et elles accusent le sentiment d'une défaillance prochaine dès qu'elles veulent se contraindre à faire quelque exercice. Enfin, si l'on vient comme contrôle à apprécier leurs forces par le dynamomètre, on constate une *diminution considérable de leur puissance musculaire*, l'instrument ne marquant plus que 25, 20, 18, 14, 10 et même 6 kilogrammes, alors que sur une femme jeune, de taille et de force moyennes, il s'élève habituellement à 30, 35 et au delà.

Cette forme presque menaçante de l'asthénie secondaire est susceptible à coup sûr de donner le change, en faisant croire à l'imminence de quelque infection grave venant se greffer sur la syphilis, telle notamment que la tuberculose.

Heureusement, je le répète, elle n'est qu'exceptionnelle. — Tout au contraire, assez communes sont les formes atténuées de cette asthénie secondaire, et l'on peut même les dire d'autant plus communes qu'elles sont plus atténuées.

3° **Type dénutritif.** — Celui-ci est le plus grave de tous, parce qu'il intéresse la fonction essentielle, la fonction *princeps*, à savoir la nutrition.

Il est positif que parfois l'état infectieux réagit sur l'organisme par des troubles de l'assimilation. C'est alors qu'entrent en scène tous symptômes de dénutrition progressive, à savoir : Amaigrissement, plus ou moins notable suivant les cas, tantôt léger ou moyen, tantôt bien accentué ; — perte de poids proportionnelle ; — diminution des forces ; — modification du teint qui pâlit, qui perd de son éclat ; — modification des traits et de la physionomie ; — alanguissement général ; — atonie fonctionnelle des principaux systèmes organiques ; — diminution des règles, voire aménorrhée ; — chute des cheveux, etc., — bref, à des degrés divers, altération de la *santé*.

Pour la très grande majorité des cas, ces troubles de nutrition s'en tiennent à un degré ou léger ou moyen. Toutefois il est certains malades sur lesquels ils se montrent plus intenses, voire s'exagèrent jusqu'à un point où la dénutrition devient *consomption*. A n'en citer qu'un exemple, un malade observé par mon distingué collègue et ami le Dr Morel-Lavallée avait tellement maigri à la suite d'une contamination syphilitique que, vers la fin de la seconde incubation et avant même l'explosion secondaire, il n'osait pas se montrer en public « dans la crainte qu'on ne suspectât sa maladie ». Sous l'influence d'une véritable poussée aiguë de dénutrition, « il avait, en deux mois, perdu 38 livres, son poids étant tombé de 151 à 113 livres (1) ».

Enfin, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, cette consomption peut n'être qu'un acheminement vers un dernier terme, à savoir la *cachexie*. — Je ne fais pour l'instant que signaler ces syphilis consomptives et cachexiantes sur lesquelles j'aurai à revenir dans un autre chapitre de cet ouvrage.

Type mixte. — Les trois modalités par lesquelles peut se traduire la réaction de la syphilis sur l'état général (modalités anémique, asthénique et dénutritive) sont loin de s'exclure réciproquement. Tout au contraire, elles s'associent, se combinent le plus souvent, de façon à constituer une sorte de *type mixte*, qui n'est qu'un composé de divers symptômes empruntés à chacun des types précédents.

Évolution, durée. — Très généralement, ces troubles de ce qu'on appelle la *santé* ne constituent que des états *temporaires*. Il en est d'eux, en effet, comme de tous les symptômes de la période secondaire qui n'ont qu'un temps. Ce sont des orages qui passent et s'évanouissent. Pour préciser, ils durent quelques mois, un semestre, voire une année pour les cas graves. Puis, sauf exceptions rares dont nous

(1) V. *Médecine moderne*, 1897, p. 315.

parlerons dans un instant, ils se dissipent et disparaissent en laissant l'état général se rétablir progressivement.

Disons d'ailleurs par avance que le traitement spécifique en abrège très notablement la durée. C'est qu'en effet, comme l'expérience l'a montré, rien ne vaut le traitement spécifique — et tout spécialement le traitement mercuriel — pour combattre efficacement ces états de débilité générale issus de la syphilis secondaire. On l'a dit de vieille date et avec toute raison, *le mercure est le fer de l'anémie syphilitique*. Non pas, à coup sûr, que le mercure doive être employé à l'exclusion des autres agents de la thérapeutique réconfortante, dont l'emploi ne peut être que rationnel et bienfaisant ; mais c'est lui, à coup sûr, qui constitue en l'espèce le remède d'indication prédominante.

De cela témoignent non seulement d'innombrables observations cliniques, mais encore les résultats de recherches hématologiques dont j'aurai bientôt à parler.

Diagnostic. — Au point de vue diagnostique, ces états de débilitation générale issus de la syphilis sont des plus intéressants à connaître, et cela en raison des erreurs cliniques auxquelles ils peuvent conduire. Maintes fois, en effet, ils ont donné le change en faisant croire à des troubles généraux symptomatiques de quelque grande maladie en préparation, en élaboration. Inutile d'ajouter que c'est vers l'imminence d'une phthisie pulmonaire que se portent toujours les soupçons, et pour cause.

Qu'on se représente bien, en effet, la situation. Voici un sujet, jeune le plus souvent, qui tout à coup s'est mis à pâlir, à se débiliter, à maigrir, à perdre son appétit et ses forces, à s'étioler d'une façon rapide, à présenter de plus (phénomènes assez fréquents dans la syphilis secondaire) des sueurs nocturnes et des accès fébriles vespérins. Que soupçonner en face d'un tel ensemble ? A quoi penser de prime abord, si ce n'est à la phthisie pulmonaire ? C'est à ce diagnostic ou plutôt à cette appréhension que tout médecin sera fatalement conduit. Aussi bien m'est-il arrivé maintes fois, comme à tout le monde, d'être trompé en pareil cas et d'ausculter mes malades avec insistance, dans la pensée que j'allais trouver dans leurs poumons l'explication de semblables phénomènes. Je ne trouvais rien cependant ; puis, après un certain temps, mes craintes tombaient d'elles-mêmes, tous ces phénomènes s'évanouissant. Ce n'était donc pas la phthisie qui se trouvait en cause ; c'était la syphilis qui avait pris pour un temps le masque de la phthisie.

Pronostic. — Ainsi que je le disais à l'instant, les états de débilitation générale qui résultent des troubles apportés par la syphilis dans les fonctions de nutrition ne sont très habituellement que *transitoires*, purement transitoires, et réparables tant par la médication spécifique que par le temps. Donc, comme règle, ils ne sont pas graves.

Cependant, en certains cas qui, à coup sûr, ne sont qu'exceptionnels, ils peuvent devenir graves, et cela de deux façons : 1° par leur prolongation au delà de leur terme usuel ; — 2° par leurs conséquences indirectes. Je m'explique :

I. — **Réaction durable sur la santé.** — Lorsque, par exception, les troubles désassimilateurs issus de la syphilis se prolongent un temps considérable (8, 10, 12, 15 mois), ils aboutissent forcément à débiliter l'organisme d'une façon profonde, et l'on a grand'peine alors à reconstituer les malades, à les relever de la dépression générale que leur a infligée la diathèse. Il n'est même pas impossible qu'ils aboutissent à *ruiner la santé* d'une façon sinon définitive, au moins durable et longuement durable. C'est ainsi que de temps à autre on observe en pratique des malades qu'une atteinte de syphilis a transfigurés, amaigris, étiolés, vieillis avant l'âge, des malades qui vous disent eux-mêmes « ne s'être jamais remis de leur vérole », n'être jamais « redevenus ce qu'ils étaient autrefois », etc. De tels cas sont très rares, je le répète, mais formellement authentiques.

Comme exemple du genre, je citerai le cas d'un lutteur, célèbre athlète de fêtes foraines, qui a été éprouvé dans son système musculaire par une syphilis grave au point de perdre une partie de sa force. Depuis lors et pour ce motif il a dû, non sans regret, renoncer à une profession qui était pour lui des plus lucratives.

Autre exemple, que j'emprunterai à mes *Leçons* de Lourcine :

Je donne mes soins depuis longtemps à une jeune femme qui, il y a cinq ans environ, contracta la syphilis. L'accident initial fut un tout petit chancre qui guérit en trois semaines. Plus tard, se développèrent quelques syphilides cutanées et muqueuses, de forme superficielle et bénigne. En revanche, dès les premiers temps de la maladie et avant même que le traitement spécifique eût été institué (j'ai besoin de préciser cela à l'adresse des adversaires du mercure, qui ne manqueraient pas d'attribuer à ce remède les accidents dont je vais parler), des troubles nutritifs assez sérieux se produisirent. La malade commença à perdre l'appétit et à pâlir. A plusieurs reprises, elle éprouva de véritables crises d'anorexie, pendant lesquelles aucun aliment n'était accepté par l'estomac ; dans l'une de ces crises, même, elle resta trois semaines sans presque rien manger. Peu à peu elle en arriva à cet état de langueur générale, de chloro-anémie, d'asthénie fonctionnelle, de *dénutrition*, de vitalité défaillante, que je vous décrivais il y a quelques instants sous le nom de débilitation syphilitique. Rien ne fut négligé pour modifier cet état. Huile de foie de morue, fer, bains sulfureux, quinquina, toniques de tout genre, séjour à la campagne, séjour au bord de la mer, hydrothérapie, équitation, massage, etc., etc., tout fut mis en œuvre, mais presque inutilement, *pendant plus de trois ans*. Aujourd'hui, il est vrai, cette malade est mieux ; elle mange, elle digère, elle a repris quelques forces ; elle est sur la voie, assurément, d'un rétablissement prochain ; mais combien elle est changée de ce qu'elle était autrefois ! Assez grasse jadis, rosée de teint, bien portante, vive

tation *unique* (syphilis cérébrale, par exemple) dont la gravité compense l'unicité.

D'autre part, la syphilis secondaire *n'a qu'un temps*; c'est une étape provisoire qui, une fois épuisée, périmée, ne rentrera plus en scène. — Tandis que la syphilis tertiaire est une étape *indéfinie*, qui n'a pas de limites, et dont le seul terme, vraisemblablement, correspond au terme même de la vie.

De ce parallèle on pourrait être conduit logiquement à tirer une déduction, à savoir : que *la syphilis secondaire, c'est la syphilis bénigne*, tandis que *la syphilis tertiaire, c'est la syphilis grave.*

Eh bien, cette déduction, vraie pour une part, est erronée pour une autre. Ainsi :

Elle est vraie en ce qui concerne l'*individu*. Oui, la syphilis secondaire est bénigne pour l'individu, car elle ne crée pour lui que des vexations, des ennuis, sans dangers véritables.

Mais c'est une tout autre affaire en ce qui concerne les dangers *pour autrui*. Car la syphilis secondaire est particulièrement grave pour autrui, et grave même à deux titres, à savoir: par ses *dangers de contagion* et par ses *dangers d'hérédité*.

Et, en effet, la syphilis secondaire, d'une part, est ultra-féconde en accidents susceptibles de transmettre la contagion. Nul doute même, au nom de l'expérience, qu'en raison de la multiplicité de ses accidents contagieux, de leurs variétés infinies de localisation et, plus particulièrement encore, de leur excessive fréquence sur les organes génitaux et à la bouche, elle ne soit la *grande source*, la source par excellence, qui alimente la syphilis, qui la propage, la dissémine, l'entretient, voire la multiplie parmi nous.

D'autre part, l'étape secondaire est incontestablement celle où *l'influence héréditaire de la maladie atteint son maximum de nocivité* et il n'y a même pas d'exagération à dire de *perniciosité*. C'est, à coup sûr, l'étape chronologique où l'agent infectieux vicie le plus activement les éléments reproducteurs, se transmet le plus sûrement au produit de conception, et exerce sur le fœtus ou l'enfant l'action la plus meurtrière.

V. — Dernière question préalable : **Comment se fait ce qu'on appelle l'explosion secondaire**, c'est-à-dire quels symptômes inaugurent cette période, la traduisent originairement, à son début même ?

Pour la très grande majorité des cas, l'invasion secondaire se fait — et cela d'une façon inconsciente, non remarquée parce qu'elle est non douloureuse — par des symptômes éruptifs divers, à savoir : le plus habituellement, par une série de taches rosées (roséole) qui se produisent sur les flancs et les parties latérales du thorax, moins souvent par quelques taches papuleuses disséminées. Ces taches ou

ceptible d'une démonstration positive, car il est impossible de déterminer d'une façon rigoureuse l'évolution et le pronostic de n'importe quelle maladie. » Sans doute; mais je crois qu'en l'espèce cette impression ne m'a pas trompé, d'autant qu'elle s'est imposée à moi dans toute une série de cas.

J'ai dit, d'autre part, que la débilitation syphilitique peut exciter, aiguillonner, déchaîner certaines diathèses en puissance. Sur ce point il ne saurait rester de doutes, et tous les médecins qui ne bornent pas leur horizon au champ restreint de la spécialité ont été frappés de cette action *indirecte* de la syphilis sur la mise en évolution de certaines diathèses.

Pour la *scrofule*, tout d'abord, nous avons de cela des exemples quotidiens. Très fréquemment, chez les jeunes gens lymphatiques, délicats, blonds, et plus souvent encore chez les jeunes femmes de même tempérament, nous voyons la syphilis donner le coup de fouet en quelque sorte au vice strumeux latent, et provoquer diverses déterminations morbides d'essence manifestement scrofuleuse : soit, par exemple, des engorgements ganglionnaires volumineux et chroniques (tels que bubons cervicaux, sous-maxillaires, inguinaux ou autres), soit des lésions articulaires ou osseuses, soit encore des scrofulides intenses ou malignes qu'on prend d'abord pour des syphilides, mais dont la ténacité et l'évolution ultérieure, sans parler d'autres caractères, démontrent plus tard la nature essentiellement scrofuleuse. C'est, je me le rappelle, aux accidents de ce genre, *métis* comme origine et souvent aussi comme caractères, que Ricord assignait en langage familier la dénomination expressive de *scrofulates de vérole*.

Il en est de même de la *tuberculose*. Que la syphilis vienne à sévir sur une jeune femme prédisposée à la tuberculose soit par hérédité, soit par tempérament acquis, ne peut-elle pas, en anémiant, en asthéniant, en appauvrissant l'économie, précipiter ou même provoquer le développement de tubercules qui, sans l'appoint de cette cause adjuvante, ne se seraient manifestés que plus tardivement ou qui même ne se seraient peut-être jamais produits? Cela, le bon sens le préjuge, et la clinique le démontre. Pour ma part, j'ai déjà vu, soit à l'hôpital, soit surtout en ville (où les cas de cet ordre se remarquent mieux, parce qu'on y suit plus longtemps l'évolution morbide), j'ai déjà vu, dis-je, nombre de jeunes sujets, sur lesquels la syphilis avait exercé puissamment son influence dépressive, devenir tuberculeux dans les premiers mois ou les premières années de l'infection. J'ajouterai même que, développée dans ces conditions, la phthisie affecte quelquefois une évolution hâtive, fait des progrès rapides, et tue à brève échéance.

Aussi bien n'ai-je pas l'ombre d'une hésitation à inscrire la syphilis au nombre des facteurs étiologiques possibles de la tuberculose.

Sans nul doute, la syphilis n'engendre pas le bacille tuberculeux,

mais elle lui crée un *terrain propice*, en appauvrissant l'organisme et en diminuant ses forces de résistance à l'invasion microbique. Et elle agit de la sorte, très vraisemblablement aussi, non pas en tant que cause spécifique, mais en tant que *cause dépressive banale*, c'est-à-dire à la façon de la misère, de la captivité, de l'alimentation insuffisante, des surmenages de tout ordre, des excès, des chagrins, etc., tous facteurs incontestés de tuberculose.

On verra d'ailleurs dans ce qui doit suivre que l'état d'imprégnation syphilitique prend en quelque sorte le rôle d'un *engrais* stimulant pour favoriser le développement de certaines affections des plus variées, par exemple des *névroses*, si multiples au cours de la syphilis en général et de la syphilis secondaire en particulier ; — de l'*herpès* (1), épiphénomène fréquent de l'infection spécifique ; — de la *leucoplasie buccale*, si commune chez nos malades ; — de la *pelade*, etc. ; — comme aussi de tant et tant d'autres accidents qu'on commence à admettre au titre de conséquences possibles de la syphilis sous le nom d'affections *parasyphilitiques*, etc. — C'est là, au reste, ce que Ricord avait remarqué de vieille date, et je l'entends encore nous dire, dans son langage imagé : « La vérole est un branle-bas dans l'économie, un branle-bas susceptible d'exciter tous les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses en puissance. Aussi devient-elle souvent le point de départ de phénomènes ou d'accidents qui, comme nature, lui sont absolument étrangers. »

Si bien qu'une morale se dégage de tout ce qui précède. A savoir : que la syphilis n'est pas seulement dangereuse par le fait de ses dangers propres, personnels, et qu'il convient de la combattre, de la traiter non pas seulement pour elle-même, mais en vue des conséquences *indirectes* auxquelles elle expose.

RECHERCHES HÉMATOLOGIQUES.

Les résultats fournis par l'étude chimique et microscopique du sang sont en harmonie complète avec les données dérivant de la clinique.

Les recherches de cet ordre ont été inaugurées par Ricord et Grassi, qui déjà, à une date quelque peu éloignée de nous, démontraient par des analyses précises que la syphilis réagit sur le sang et en diminue la proportion globulaire, alors tout au contraire (c'était là, pour cette époque, la question à l'ordre du jour) que le

(1) L'herpès *buccal*, par exemple, et, plus particulièrement encore, l'herpès *lingual* sont des épiphénomènes parasyphilitiques extrêmement communs chez nos malades. Nul doute qu'ils ne soient déterminés là par les excitations, les provocations locales, dérivant soit des syphilides secondaires qui sont si fréquentes à la bouche, soit (peut-être bien aussi) de l'irritation mercurielle. — V. mes leçons sur *l'herpès récidivant de la bouche chez les sujets syphilitiques*.

chancre simple ne détermine aucune altération de ce genre (1).

Depuis lors, ces recherches ont été reprises, avec des méthodes perfectionnées, par Wilbouchewitch (1874), qui insista de nouveau sur la diminution du nombre des globules rouges dans le sang des syphilitiques et signala, en plus, une élévation concomitante de la proportion des globules blancs. Puis, elles ont été continuées en divers pays et sont devenues le sujet d'une foule de travaux parmi lesquels il convient de citer surtout ceux de Keyes, Schulgowsky, Lezius, Dehio, Hayem, Bieganski, Luige d'Amore, Antz, Stoukovenkoff, Jellenew, Konried, Rille, Ritter, Justus, Colombini et Simonelli, Valerio, etc. (2).

A quels résultats ont abouti ces multiples travaux ? Je vais essayer de le préciser.

I. — Tout d'abord, les modifications que l'on a constatées dans le sang des syphilitiques relèvent-elles bien de la syphilis et non de causes étrangères accidentellement surajoutées à la syphilis ? Nul doute à ce sujet. Le rapport à établir entre elles et l'infection spécifique ressort en pleine évidence de toute une série de considérations, telles que les suivantes : 1° Identité des résultats constatés dans un nombre de cas actuellement considérable ; — 2° parallélisme d'évolution entre les altérations du sang et ce qu'on appelle les *poussées* de la syphilis; — 3° restauration du sang habituellement synchrone à la rétrocession des accidents syphilitiques; — 4° action également curative du mercure sur l'adultération du sang et sur les manifestations spécifiques extérieures, etc. — Enfin, Justus a eu l'heureuse chance de pouvoir comparer sur un même sujet l'état du sang avant et après une contamination syphilitique ; or, normale *avant*, la constitution du sang devint pathologique *après*, et cela dès le début de la période secondaire.

II. — Ces modifications du liquide sanguin s'observent-elles invariablement, d'une façon constante, chez *tous* les sujets affectés de syphilis ? Cela, nous l'ignorons encore, faute d'un nombre d'examens qui, pour permettre de répondre à cette question, devrait être ultra-considérable. Ce qu'il nous est seulement permis de dire est ceci : que, dans tous les cas un peu importants de syphilis secondaire, on a noté ces altérations du sang, à des degrés divers et sous des formes diverses, en coïncidence avec des poussées spécifiques.

III. — *Quand s'observent ces altérations du sang dépendant de l'infection?* — Ici, accord sur un point entre les divers observateurs, mais désaccord sur un autre. Ainsi :

(1) V. *Leçons sur le chancre*, par Ricord, publiées par A. Fournier, 2e édit., 1860, p. 185.

(2) L'exposé qui va suivre a été en partie emprunté à un très intéressant travail encore inédit de M. le Dr Dominici, mon ancien interne, sur les altérations du sang dans la syphilis.

1° Tout le monde reconnaît qu'elles sont particulièrement accentuées au cours de l'étape secondaire, spécialement en coïncidence avec les poussées éruptives, fébriles ou autres, dont se compose cette période de la maladie.

2° Mais les divergences commencent sur l'époque qui en marque le début. Pour les uns, elles n'entreraient en scène qu'après l'invasion des accidents dits constitutionnels, après la roséole notamment. Pour d'autres, elles devanceraient ce terme et seraient déjà constatables au cours de la seconde incubation (celle qui, postérieure au chancre, prélude à l'avènement des accidents secondaires), par exemple vingt jours avant la première poussée éruptive. Ainsi, pour Konried, dès la période du chancre, on pourrait constater une diminution de la teneur du sang en hémoglobine, diminution variable entre 15 et 30 p. 100, et cela avant toute modification dans le nombre des hématies. De même, pour Jellenew, l'anémie syphilitique serait déjà esquissée avant la roséole.

IV. — *En quoi consistent ces altérations du sang?* — Dans leurs formes les plus habituelles, en ceci :

1° **Diminution du pourcentage de l'hémoglobine** ;

2° **Diminution du nombre des hématies** ;

3° **Élévation du nombre des globules blancs.**

Quelques détails.

1° Appauvrissement du sang en hémoglobine, voilà le trait primordial et, sans nul doute, le plus important. — Cet abaissement du pourcentage de l'hémoglobine (variable de 3 à 30 et même de 35 à 45 p. 100) peut tenir à la diminution du nombre des hématies; — comme aussi en être indépendant (alors que le nombre des hématies n'est pas sensiblement diminué) et ne relever alors que d'une indigence propre des globules en matière colorante; — comme aussi, en troisième lieu, procéder de ces deux facteurs.

2° La diminution de nombre des hématies est un second caractère presque constamment relevé dans la constitution du sang des syphilitiques. Elle est plus ou moins accentuée suivant les cas (de 1 à 66 p. 100).

3° Très généralement encore, on constate, dans des proportions variables, une élévation de nombre des globules blancs. Certains auteurs toutefois disent ne l'avoir pas observée.

Voilà ce que, quant à présent, on considère comme les trois caractères majeurs du sang adultéré par la syphilis. Mais à cela il nous faut ajouter maintenant d'autres modifications qui ont été plusieurs fois signalées dans le sang des syphilitiques et dont il serait encore impossible d'apprécier soit la fréquence, soit l'intérêt pour le sujet qui nous touche. Ainsi :

1° En ce qui concerne les globules rouges, on les a trouvés parfois soit notablement « pâlis » ; — soit modifiés comme dimensions (pour

un très petit nombre, bien entendu); ainsi on a signalé dans le sang la présence possible d'hématies géantes ou d'hématies naines; — soit altérés de formes (toujours pour quelques unités), allongés en poire ou en larmes, affectant l'état crénelé jusqu'à la *poïkilocytose* (c'est-à-dire émission de pointes protoplasmiques, fixes d'abord, mais pouvant se détacher ultérieurement); — enfin, amoindris comme résistance au froid (Muri, Justus, Valerio), particularité curieuse qui, si elle était vérifiée, deviendrait peut-être susceptible d'expliquer ce symptôme si bizarre de l'hémoglobinurie paroxystique en relation avec la syphilis.

2° Relativement aux globules blancs, on a remarqué une inversion dans le rapport des formes leucocytaires, à savoir : augmentation de nombre (relative) des leucocytes mononucléaires, et diminution (relative) des polynucléaires ; — en général, aussi, léger surcroît des cellules éosinophiles (5 à 8 p. 100), surtout en coïncidence avec les exanthèmes papuleux et proportionnellement à l'expansion comme à l'intensité de ces exanthèmes (Rille).

3° Pour le sérum, enfin, on a noté ceci : diminution possible de la densité ; — amoindrissement de l'alcalinité ; — diminution de la teneur des chlorures, pouvant descendre jusqu'à 1,85 p. 1000. — Au contraire, stabilité du chiffre de la fibrine, en dehors de toute complication surajoutée.

Types divers de l'anémie syphilitique. — Les diverses adultérations du sang que je viens de signaler sont susceptibles de degrés infiniment variés. Elles ne sont pas moins susceptibles de s'associer, de se combiner entre elles, et cela en des proportions éminemment variables. De là, forcément, des degrés et des types très divers dans ce qu'on appelle d'une façon générique l'**anémie** de la syphilis. Ainsi :

1°. Comme degrés, d'abord, le sang peut être anémié dans des proportions extrêmement différentes. Exemples:

D'après Hayem, les formes bénignes de la syphilis n'abaisseraient guère le nombre des hématies au-dessous du chiffre de 3.500,000, la teneur en hémoglobine oscillant entre 0,90 et 0,75 (au lieu de la normale.

Et, tout au contraire, dans les formes sérieuses, on a vu ce chiffre des hématies descendre jusqu'à 900.000 (Klein).

Entre ces deux chiffres extrêmes, tous les intermédiaires sont d'observation possible.

2° En second lieu, par le fait de combinaisons diverses, la constitution viciée du sang dans la syphilis aboutit à cinq types hématologiques, de fréquence d'ailleurs très inégale, à savoir :

I. — Le type de l'**anémie simple**, caractérisé par une diminution du nombre des globules rouges et une diminution seulement proportionnelle du taux de l'hémoglobine.

Ce type est, je crois, de tous le plus fréquemment observé.

II. — Le **type chloro-anémique**, dans lequel l'abaissement du taux de l'hémoglobine dépasse — et de beaucoup quelquefois — celui de la proportion numérique des globules rouges. — Le nombre de ces globules peut même rester normal, alors que l'hémoglobine subit une notable déchéance.

Exemple du genre, emprunté à Bieganski :

Femme de seize ans. — Période de seconde incubation.

Nombre de globules rouges	5.776.000
Taux de l'hémoglobine	60 (1)
Proportion des leucocytes	$\frac{1}{557}$

Ce second type est particulièrement commun chez la femme, en tout cas beaucoup plus commun chez elle que chez l'homme. Or, la femme étant plus que l'homme prédisposée de nature à la chlorose, on a supposé que la syphilis, en développant chez elle ce type chloro-anémique, ne faisait qu'exagérer une prédisposition native. Rien d'impossible à cela; mais il n'est pas impossible non plus que la syphilis ne suffise pas par elle seule à constituer ce type chloro-anémique.

III. — Le **type chloro-anémique avec leucocytose**. — On a vu le type chloro-anémique se compliquer d'une élévation plus ou moins notable du chiffre des leucocytes, comme dans le spécimen suivant que j'emprunterai encore à Bieganski :

Nombre de globules rouges	6.165.000
Taux de l'hémoglobine	80
Nombre des leucocytes	20.000
Proportion des leucocytes	$\frac{1}{307}$

Autre exemple, plus démonstratif encore, provenant du mémoire de Jellenew (Observ. 12).

Homme de vingt-trois ans. — Bonne constitution. — Chancre syphilitique datant de deux semaines, avec adénopathie.

Examen du sang le jour de l'entrée :

Hémoglobine	14,85
Globules rouges	4.780.000
Globules blancs	4.000

Nouvel examen du sang deux mois plus tard, alors que le malade se trouvait en pleine éruption maculo-papuleuse. — Résultats :

Hémoglobine	9,83
Globules rouges	5.100.000
Globules blancs	14.200

(1) Le chiffre 100 correspondant ici à la quantité normale.

IV. — **Type de l'anémie pernicieuse**. — D'une façon infiniment plus rare (nous voici désormais dans le domaine des exceptions), la syphilis a pu réaliser le tableau de l'anémie pernicieuse avec sa note dominante, à savoir l'accroissement *relatif* du taux de l'hémoglobine, l'hypoglobulie se trouvant beaucoup plus accentuée que l'hypochromie. Ainsi, chez une malade de Klein, tandis que le nombre des hématies était tombé à 900.000, le pouvoir colorant du sang correspondait à celui de 1.700.000 hématies.

V. — Enfin, des formes rappelant le **type leucémique** ont été signalées par quelques observateurs.

Évolution ; — Durée ; — Récidives. — En dépit de la complexité des questions dont il nous reste à parler, l'accord paraît s'être fait sur les quelques résultats suivants :

1° Qu'elles se soient produites au cours de la seconde incubation ou bien seulement en coïncidence avec les premiers symptômes secondaires, les altérations du sang que l'on observe dans la période secondaire atteignent leur apogée au moment des *poussées éruptives*, et cela surtout alors que ces poussées s'accompagnent d'un état fébrile bien accentué (Jellenew). C'est en de telles conditions que l'on constate avec la plénitude de ses caractères la *triade hématologique* constituée par l'hypoglobulie, la diminution de l'hémoglobine et la leucocytose.

2° Ces altérations du liquide sanguin affectent une évolution parallèle à celle des poussées morbides, notamment des exanthèmes ; c'est dire, en conséquence, qu'elles décroissent et s'amendent avec la rétrocession des symptômes apparents de la maladie.

3° Amendées, elles sont sujettes à s'exagérer ou à se reproduire à propos de poussées subséquentes, parfois même avec une intensité supérieure. Ainsi Jellenew a constaté, au cours d'exanthèmes fébriles de récidive, une diminution des globules rouges considérable, plus considérable même que coïncidemment avec l'exanthème primitif.

4° Leur intensité propre est généralement proportionnelle à celle des manifestations contemporaines. C'est avec les syphilis sérieuses, graves, importantes à la fois comme symptômes extérieurs et troubles généraux, qu'on observe les grands appauvrissements du sang en tant que globules et hémoglobine. C'est dans les mêmes conditions qu'on a noté aussi les fortes poussées leucocytaires et les altérations des globules comme dimensions, comme forme, comme infériorité de résistance, etc. Il est vrai que, dans les cas de cet ordre, le départ est impossible à faire entre ce qui revient à la syphilis comme cause directe de ces modifications sanguines et ce qui peut être le résultat de symptômes associés (état fébrile, troubles dyspeptiques, troubles nerveux, infections surajoutées, influence de

traitements mal dirigés, etc.). Toujours est-il que la responsabilité première de ces adultérations du sang incombe à l'infection spécifique.

5° Après sédation des poussées et dans les stades d'accalmie de la diathèse, le sang revient généralement à sa teneur normale.

Il est possible toutefois que ses altérations persistent partiellement et à des degrés divers comme seul stigmate d'un état infectieux latent.

6° Enfin, à la façon de toutes les manifestations de la syphilis, les dyscrasies sanguines d'origine syphilitique sont sujettes à retours, à récidives, même après de longues, voire de très longues périodes de guérison apparente. C'est ainsi qu'on les a vues se reproduire à échéances lointaines dans la période secondaire. C'est encore ainsi qu'on les a vues se reproduire en pleine période tertiaire, comme j'aurai l'occasion de le signaler dans une autre partie de cet ouvrage. On les a observées également (et, pour être curieux, le fait n'a rien que de naturel) chez des sujets hérédo-syphilitiques parvenus à l'âge adulte. (Jellenew.)

Influence du mercure sur la restauration du sang. — Déductions pratiques. — De vieille date les cliniciens avaient dit : « Le mercure est le fer de l'anémie syphilitique. » Ce résultat déduit de l'observation se trouve absolument confirmé par les données des recherches hématologiques.

Et, en effet, l'anémie syphilitique, quelle qu'en soit d'ailleurs la forme, trouve son remède et son remède le plus puissant dans le mercure. C'est le mercure qui, administré à des sujets syphilitiques en état d'anémie d'origine syphilitique, relève le nombre des globules, rend à l'hémoglobine son taux normal, et dissipe la leucocytose, etc. Bref, c'est le mercure qui, peut-on dire, constitue en l'espèce le véritable *restaurateur du sang*. — Cette réaction du mercure sur le sang passe même pour la caractéristique spéciale de l'anémie syphilitique.

Tel est un premier fait qui, déduit d'innombrables expériences, peut être donné désormais comme acquis, irrécusable.

Un second, auquel on pouvait moins s'attendre, consiste en ceci : Le mercure, après avoir corrigé les altérations syphilitiques du sang, devient à son tour un altérant du sang. Pour un temps il fait bien ; mais, au delà, il fait mal, il devient nocif. Pour un temps il enrichit le sang en globules et en hémoglobine ; puis, au delà, il l'appauvrit de ces mêmes éléments. Cela ressort en pleine évidence des minutieuses et très instructives recherches de Stoukovenkoff et Jellenew, que je ne puis résister au désir de citer partiellement :

... Six ou sept heures après la première injection de benzoate mercuriel sel que ces observateurs avaient choisi pour leurs expériences), on constate

toujours l'augmentation du pourcentage de l'oxyhémoglobine, le relèvement en nombre des globules rouges, et la diminution de nombre des globules blancs.

Sous l'influence des premières injections (6 à 16) de la solution benzomercurique, la quantité du pourcentage de l'oxyhémoglobine augmente ordinairement jusqu'à retrouver le taux normal.

Dans la seconde moitié (16 à 30 injections) du traitement benzomercurique, le pourcentage de l'oxyhémoglobine, dans la plupart des cas, *diminue* graduellement. — Mais, après cessation des injections, il peut revenir à la normale.

La quantité des globules rouges augmente aussi dans la première moitié de la période des injections benzomercurielles (25 à 30). — Pendant les injections suivantes, au contraire, on observe un *décroissement* graduel de ces globules, avec des variations jusqu'à la fin du traitement et quelquefois trois ou quatre jours encore après la cessation des injections.

Après la cessation des injections mercurielles, la quantité des globules rouges, si elle était tombée vers la fin du traitement, augmente et peut revenir à la normale (en 6 ou 8 jours).

La quantité des globules blancs diminue ordinairement dans les premières injections (jusqu'à 13) de benzomercure, puis augmente vers la fin du traitement, etc.

De là une double indication de première importance pour la pratique, à savoir : que *le mercure ne saurait être donné sans dommage pour un temps prolongé ;* — que, tout au contraire, il doit être administré *par courtes étapes*, au cours desquelles, de par expérience positivement acquise, il exerce une action bienfaisante sur le sang. — L'essentiel, donc, en l'espèce, est d'en suspendre l'usage en deçà de l'époque où il risque de devenir nuisible (sans doute en excédant la résistance du tissu sanguin).

Tel est un enseignement majeur dérivant de l'hématologie. Or, déjà, l'observation clinique m'avait conduit à une conclusion toute semblable. J'avais remarqué que le mercure, après un certain temps d'administration, pendant lequel il exerce sur les symptômes morbides une répression intense, cesse d'agir, devient presque inerte ou même n'est plus toléré, voire parfois semble nuire. Sur cette base j'ai édifié une méthode de traitement composée de *cures multiples* et de *cures de courte durée*, à laquelle j'ai donné le nom de **méthode des traitements successifs** ou **intermittents**. Je suis heureux que le principe même de cette méthode, principe qui pour moi dérivait exclusivement de l'observation clinique, se trouve confirmé, comme je viens de le dire, par les résultats des recherches hématologiques.

SYPHILIDES CUTANÉES.

Les manifestations tégumentaires de la syphilis ont reçu depuis Alibert la dénomination abréviative, commode, et actuellement consacrée par l'usage, de *Syphilides*.

Les syphilides sont susceptibles de se produire à des âges très différents ou même, disons mieux, *à tout âge* de la maladie. On les observe, en effet, tantôt au seuil même de la période secondaire, c'est-à-dire dès les premières semaines de l'infection ; — tantôt dans les premières années ; — et tantôt, enfin, à des échéances lointaines, voire démesurément lointaines, par exemple : 10, 15, 20, 30, 40, 50 ans au delà du chancre.

Toutefois, elles ne se produisent pas indifféremment à tout âge de la maladie sous le même aspect, avec la même modalité objective. Loin de là. Elles affectent au contraire des types variés et même tout à fait différents suivant l'étape morbide à laquelle elles appartiennent. Une manifestation cutanée d'une syphilis de quelques mois, par exemple, ne ressemble en rien à une manifestation cutanée d'une syphilis de vingt ans, et réciproquement. De sorte que, réserves faites pour des exceptions qui seront signalées à leur place, on peut poser en principe que *les syphilides sont adaptées comme type éruptif à l'âge de la syphilis dont elles dérivent.*

Pour préciser davantage et donner immédiatement une idée d'ensemble sur l'évolution réciproque de ces accidents, j'ajouterai : que ce sont presque invariablement les manifestations les plus *superficielles* et les plus légères qui coïncident avec les premiers temps de la maladie ; — que les plus *profondes*, au contraire, les plus redoutables, les plus graves, sont celles qui apparaissent au dernier plan ; — et qu'entre celles-ci et celles-là prennent place, comme *intermédiaires* chronologiques, des lésions également intermédiaires comme formes anatomiques et comme gravité.

Aux premiers temps de la maladie répondent les lésions bénignes, qui ne font qu'effleurer la peau ; — à la période moyenne les lésions qui déjà pénètrent plus avant, sans être encore destructives ; — au stade ultime les lésions profondes, qui sclérosent, qui ulcèrent, qui mutilent.

Il semble donc que la syphilis, à mesure qu'elle vieillit, pénètre plus avant dans la peau pour y porter des atteintes de plus en plus profondes et de plus en plus sérieuses.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES.

Les syphilides forment un groupe *naturel* de dermatoses.

Or, il en est de ce groupe comme de ce qu'on appelle une *famille* botanique, par exemple. C'est dire que les espèces pathologiques qui le composent présentent toutes un ensemble de *caractères communs*, qui non seulement les rapprochent les unes des autres en leur imprimant une certaine ressemblance réciproque, une véritable allure de *parenté*, mais qui de plus les différencient d'une façon non moins frappante de dermatoses d'un autre genre.

Spécifions tout d'abord ces caractères communs.

Il en est *quatre* principaux, qui sont les suivants :

I. — **Les syphilides sont des éruptions apyrétiques, affectant une évolution lente, parfois même voisine de la chronicité.**

Ce premier caractère les différencie déjà de toute la classe des exanthèmes aigus et fébriles, des fièvres éruptives notamment, dont le propre est de se développer avec fièvre, de s'accompagner d'un cortège de phénomènes inflammatoires et d'évoluer avec rapidité, c'est-à-dire d'être à la fois *fébriles*, *aiguës* et *passagères*.

Il est bien vrai que quelques syphilides (celles notamment des premiers temps de la période secondaire) se développent parfois avec un certain appareil fébrile. Mais, d'une part, cela est assez rare ; et, d'autre part, la fièvre qu'on observe en ces conditions n'est en rien comparable à celle des pyrexies éruptives, à celle, par exemple, qui accompagne la variole ou la scarlatine. D'abord, cette fièvre n'est pas nécessaire, fatale ; elle ne fait pas partie intégrante du processus morbide ; et la preuve, c'est qu'elle n'y prend place qu'exceptionnellement. Puis, au lieu d'affecter avec l'éruption des rapports définis et constants, elle est au contraire essentiellement irrégulière comme apparition, comme teneur et comme durée, à savoir : tantôt préludant à l'exanthème, tantôt se développant avec lui, tantôt même lui succédant comme épiphénomène ; — se produisant, de plus, sous des formes qui n'ont rien de fixe ; — n'observant aucune marche déterminée ; — ne rappelant en un mot par aucun caractère l'évolution méthodique et compassée du cycle fébrile propre aux fièvres éruptives. A tous ces titres, donc, cette fièvre se présente moins comme un symptôme lié à une éruption que comme un phénomène éventuellement surajouté à un ensemble pathologique qui ne le comporte pas, comme un accident ayant son indépendance propre et évoluant pour son compte personnel, si je puis ainsi parler, sans rapport avec l'exanthème contemporain.

D'ailleurs, je le répète, la fièvre que l'on pourrait considérer comme symptomatique des exanthèmes de la vérole ne s'observe que dans un nombre de cas très limité, quatre ou cinq fois sur cent (pas davantage),

d'après mes relevés. Elle constitue donc l'exception, tandis que le fait habituel, le fait infiniment plus commun, c'est le développement *apyrétique* des syphilides.

D'autre part, écloses avec ou sans fièvre, les syphilides restent absolument apyrétiques à leur période d'état, à l'époque de leur complet épanouissement. Pendant toute leur durée elles demeurent exemptes de tout phénomène inflammatoire, de toute réaction ; et, de ce chef encore, elles se rapprochent des véritables dermatoses, des affections cutanées proprement dites.

Enfin, leur propre est d'évoluer lentement, *chroniquement* même en certains cas. Elles peuvent ainsi subsister sans modifications plusieurs semaines, plusieurs mois, voire pour quelques-unes, alors qu'elles sont laissées sans traitement, plusieurs années. — Cette persistance, cette durée les différencie encore des pyrexies éruptives et des pseudo-exanthèmes fébriles, dont l'évolution spontanée est toujours rapide et l'existence relativement éphémère.

II. — **Les syphilides sont des dermatoses localement aphlegmasiques.** — Non seulement, comme je viens de le dire, elles n'éveillent aucune réaction générale, mais, de plus, elles se produisent indépendamment de tout éréthisme local, à savoir, pour spécifier : sans chaleur, sans tuméfaction inflammatoire, sans douleur. Elles restent indemnes de cette réaction, de cette turgescence, de cet ensemble phlegmasique qui accompagnent nombre de dermatoses aiguës ou subaiguës, telles que l'eczéma, par exemple.

En un mot, elles se produisent *à froid*. A ce point qu'en maintes occasions, alors qu'elles siègent sur des parties couvertes (sur le tronc, par exemple), elles échappent à l'attention et restent *ignorées*. C'est de la sorte que la roséole, pour la grande majorité des cas, éclôt et se développe à l'insu des malades, qui ne la découvrent que par hasard.

III. — **Les syphilides sont généralement aprurigineuses.** — Ce caractère pourrait à la rigueur rentrer dans le précédent, car l'absence de prurit fait partie de l'absence de réaction locale, d'éréthisme local, que je signalais à l'instant. Il mérite toutefois d'en être distrait et d'être énoncé à part, individuellement, en raison de l'intérêt diagnostique qui s'y rattache.

Les syphilides ne s'accompagnent presque jamais de ce symptôme banal, commun à tant et tant de dermatoses, qu'on appelle la démangeaison, le prurit, l'ardeur locale incitant au grattage. Elles sont, comme on dit en langage technique, *aprurigineuses*. Telle est la règle.

Ce grand fait ne comporte guère que quatre ordres d'exceptions, exceptions relatives, comme nous le verrons plus tard : 1° à certaines

syphilides de forme lichénoïde; — 2° aux syphilides des régions velues ou des régions à téguments adossés (aisselles, grandes lèvres, pli interfessier, scrotum, etc.); — 3° aux syphilides incitées par des abus alcooliques, soit invétérés, soit actuels; — 4° aux syphilides des sujets nerveux, à irritabilité idiosyncrasique de la peau.

Le caractère aprurigineux des syphilides est très souvent utilisé pour le diagnostic. Souvent il dénonce *ipso facto*, par opposition, la qualité spécifique d'une éruption. — Et la réciproque a lieu. Ainsi, inversement, l'existence d'un prurit intense suffit fréquemment, dans un parallèle diagnostique de dermatoses, à exclure la syphilis comme origine de l'exanthème.

IV. — **Les syphilides sont toutes justiciables du mercure, qui exerce sur elles une influence curative des plus marquées.**

Cette action du mercure sur les lésions cutanées de la vérole n'est plus à démontrer. Dès la fin du xve siècle, elle avait frappé les premiers observateurs du Mal français, et telle fut même, paraît-il, l'origine de l'application du mercure au traitement du « nouveau Mal ». Depuis lors, quatre siècles d'expérience ont pleinement confirmé ce fait thérapeutique.

En cela encore les syphilides se différencient des autres dermatoses, sur lesquelles l'usage (au moins l'usage interne) du mercure n'exerce aucune influence.

A ces quatre caractères *majeurs* des syphilides on peut encore adjoindre les deux suivants qui, pour être moins généraux, c'est-à-dire pour ne viser que certains types, ne laissent pas cependant de comporter un réel intérêt en conférant aux éruptions de la syphilis une physionomie quelque peu spéciale.

Ceux-ci (caractères *mineurs*, pour continuer le parallèle) ont trait à la *couleur* et à la *configuration* des types éruptifs. Ils consistent en ceci :

I. — Certaines syphilides sont remarquables par une **couleur spéciale**, presque pathognomonique.

Cette couleur (dite *teinte syphilitique* par certains auteurs, tant elle est considérée par eux comme essentielle et spécifique) comporte deux nuances que l'on confond à tort généralement, à savoir :

1° Une teinte d'un rouge sombre, d'un rouge brun, très exactement identique à celle de la coupe du **maigre de jambon**. Elle est connue sous le nom de *teinte jambon de Fallope*, parce que c'est Fallope qui le premier la signala à l'attention (1) ;

2° Une teinte moins foncée, d'un rouge mêlé de jaune, assez heureusement comparée par Swédiaur à la couleur du **cuivre** (du cuivre rouge, s'entend), et rappelant à l'œil en effet le ton de la vieille batterie

(1) « ... Veluti *porcinæ carnis salitæ color* ». (Gab. Fallopii, *De morbo gallico tractatus*, cap. XCII.)

de cuisine, bien polie, bien reluisante. C'est la teinte dite *cuivrée*.

Quelques détails.

Il est positif que certaines syphilides (notamment la syphilide papuleuse lenticulaire) frappent l'œil et s'accusent immédiatement, s'imposent presque comme syphilides, en raison de leur teinte d'un rouge tout spécial, qui est exactement celle du jambon fumé. Cette teinte, en nombre de cas, est formellement dénonciatrice.

Plus rare, bien plus rare, quoi qu'on en ait dit (1), est la teinte cuivrée. On ne la rencontre guère d'une façon bien manifeste que dans les syphilides papuleuses déjà avancées comme évolution, quelque peu vieillies. — En revanche, il est assez fréquent qu'on puisse la provoquer artificiellement et pour l'espace d'une à quelques secondes en exerçant une pression légère sur les papules syphilitiques ou bien en tendant le segment de peau sur lequel elles reposent. Privées de la sorte d'une partie de leur circulation sanguine, ces papules apparaissent alors jaunâtres et d'un jaune qui, indéniablement, rappelle l'aspect du cuivre.

Il paraît absolument probable que l'une et l'autre de ces deux colorations (teinte jambon et teinte cuivrée) procèdent de modifications régressives (encore inconnues dans leur essence intime) subies par des éléments sanguins issus des vaisseaux et disséminés dans l'infiltrat néoplasique qui constitue la papule (2).

II. — Enfin, *les syphilides se caractérisent encore assez fréquemment par une tendance à la* **forme cerclée** *ou bien à un dérivé de cette forme (demi-cercle, arc de cercle, croissant, segments de circonférence, etc.).*

Cette tendance s'accuse soit dans l'élément éruptif lui-même, soit dans le mode de groupement des divers éléments éruptifs les uns par rapport aux autres. Ainsi :

1° Très fréquemment les lésions élémentaires des syphilides offrent une forme arrondie, circulaire. A citer comme exemple la papule syphilitique dont le contour figure presque invariablement une circonférence régulière, voire correcte à ce point qu'on la dirait faite au compas.

2° D'autre part, lorsque plusieurs de ces lésions élémentaires viennent à se grouper sur une région circonscrite, elles se distribuent

(1) On a singulièrement abusé et l'on abuse encore journellement de cette fameuse teinte *cuivrée* dans les descriptions ayant trait à la syphilis. Il en est question à tout propos relativement aux syphilides ; on a même parlé — ce qui est une impossibilité clinique — d'un chancre cuivré ! Cela prouve que certains de nos confrères ont la comparaison élastique, et que, par entraînement routinier, on se laisse aller trop facilement à doter la syphilis de teintes fantaisistes. Plus de rigueur serait indispensable cependant à la stricte exactitude des descriptions dermatologiques.

(2) Finger exprime une opinion toute semblable. — V. *La syphilis et les maladies vénériennes*, Traduct. par Doyon et Spillmann, p. 53.

fréquemment les unes par rapport aux autres de façon à figurer soit une couronne, soit, plus souvent, une circonférence incomplète, un arc de cercle, ou même plusieurs arcs de cercle tangents bout à bout en forme d'arcades (syphilides dites *en arceaux conjugués*).

La forme cerclée est loin d'appartenir en propre à la syphilis, car elle se rencontre dans bon nombre de dermatoses non spécifiques (psoriasis, érythèmes circinés, pityriasis rosé, trichophytie, etc., etc.). Ce qui lui est plus particulier (notons bien ceci dès à présent), c'est la configuration en **demi-cercles** et en **arcs de cercle**. Ainsi, la syphilide papuleuse décrit fréquemment des segments de cercle très réguliers. Or, cette configuration arciforme est relativement rare dans les dermatoses vulgaires.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES SECONDAIRES.

Les syphilides secondaires ont souvent une physionomie propre qui non seulement atteste leur spécificité de nature, mais qui, de plus, dans une certaine mesure, dénonce l'*âge* de la syphilis dont elles dérivent. Impossible de s'y tromper. En face, par exemple, d'une roséole ou d'une syphilide papuleuse, un médecin ne se bornera pas à reconnaître la syphilis; il reconnaîtra de plus une syphilis *jeune*, n'ayant pas encore dépassé une étape voisine chronologiquement de son origine.

Cette physionomie propre, cette physionomie *de nature* et d'*âge*, si je puis ainsi parler, les syphilides secondaires la doivent aux quatre caractères suivants :

1° Ce sont des **dermatoses superficielles, bénignes d'allure, bénignes de fond,** et **spontanément résolutives**. — C'est-à-dire qu'elles consistent en des éruptions qui n'affectent les téguments que dans leurs couches les plus extérieures, qui se tiennent, pour ainsi dire, à fleur de peau ; — qui, manifestement, ne constituent que des lésions cutanées sans importance, sans gravité intrinsèque, et des lésions résolutives, voire spontanément résolutives, destinées à disparaître sans altérer les tissus, sans laisser de cicatrices.

Tout autres — disons-le par avance — sont les syphilides d'un âge plus avancé, à savoir les syphilides tertiaires qui, bien au contraire, sont constituées par des lésions *profondes*, *graves*, *désorganisatrices*, imprimant trace de leur passage sur la peau par des cicatrices, des destructions, des mutilations de tissus.

2° Ce sont des **dermatoses profuses, disséminées, voire généralisées quelquefois**. — C'est-à-dire composées par une multitude d'éléments éruptifs qui se répandent sur toutes les régions du corps et qui criblent la peau à la façon d'une rougeole, d'une roséole commune, d'une variole, etc.

Inversement, les syphilides des stades avancés sont relativement *discrètes*, circonscrites à quelques régions, très souvent même à une

seule. Au lieu d'être, comme les premières, éparpillées, disséminées, elles se cantonnent ; elles constituent, suivant le terme technique, des éruptions *régionales*.

3° Ce sont des syphilides fréquemment, très fréquemment **polymorphes**, c'est-à-dire composées d'éléments éruptifs d'ordres différents.

C'est ainsi qu'au milieu de simples taches érythémateuses, constituant ce qu'on appelle la roséole, il est très habituel de rencontrer un certain nombre de papules disséminées ; — c'est ainsi, pour d'autres formes éruptives, que, côte à côte avec des papules squameuses, on observe souvent des lésions pustuleuses ou des lésions croûteuses ; — c'est ainsi de même qu'en maintes occasions on constate une association plus complexe encore d'éléments éruptifs divers, à savoir : de simples taches érythémateuses, des papules sèches, des papules humides, des pustulettes, des pustules, des croûtelles, des croûtes, etc. Ce mélange de formes éruptives différentes constitue ce qu'on appelle, en langage dermatologique, le *polymorphisme*.

Or, les syphilides secondaires, très fréquemment polymorphes, se différencient par ce caractère non seulement d'un grand nombre de dermatoses vulgaires (psoriasis, eczéma, etc.), mais aussi des syphilides tertiaires dont le propre est d'être constituées par une seule modalité éruptive et qui, pour cela, sont dites *monomorphes*.

4° Ce sont, enfin, des **dermatoses anarchiques** comme distribution d'éléments éruptifs ; — c'est-à-dire que leurs éléments sont disséminés au hasard, comme jetés au hasard sur la surface de la peau, sans offrir entre eux une coordination réciproque, sans être assujettis à la moindre discipline éruptive. Voyez une roséole, par exemple : elle se compose d'une multitude de taches roses semées çà et là sans aucun ordre, à peu près comme si l'on eût aspergé la peau avec un pinceau chargé d'une teinture rose.

Inversement, les syphilides des étapes avancées sont des dermatoses *méthodiques*, *disciplinées*, assujetties à de certaines configurations, à de certains groupements en bouquets, en anneaux, en demi-lunes, en corymbes, etc., etc.

De cette quadruple opposition de caractères résultent, pour les manifestations cutanées des étapes opposées de la syphilis, c'est-à-dire pour les syphilides secondaires et les syphilides tertiaires, des physionomies très différentes, assez différentes généralement pour permettre presque toujours d'apprécier sans erreur l'âge approximatif d'une syphilis d'où dérive tel ou tel de ces types éruptifs.

En tout cas et à ne parler pour l'instant que des syphilides secondaires, leur modalité éruptive les fera toujours reconnaître pour telles de par la réunion fréquente, habituelle même, des quatre caractères précités.

Les deux tableaux suivants présenteront groupées, pour la commodité du lecteur, les diverses particularités séméiologiques dont il vient d'être question dans l'exposé précédent.

I. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES.

A. Caractères majeurs :

I. — Dermatoses **apyrétiques** et d'**évolution lente**, parfois même voisine de la chronicité.

II. — Dermatoses localement **aphlegmasiques**.

III. — — généralement **aprurigineuses**.

IV. — Toutes **justiciables du mercure**.

B. Caractères mineurs :

I. — Dermatoses souvent remarquables par une coloration spéciale (**teinte jambon** ou, plus rarement, **teinte cuivrée**).

II. — Dermatoses présentant une tendance fréquente à la **forme cerclée** ou à un dérivé de cette forme. (Forme en **segment de cercle** plus caractéristique que la forme cerclée.)

II. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES AUX DIVERS AGES DE LA SYPHILIS.

Syphilides secondaires.	Syphilides tertiaires.
I. — Dermatoses **superficielles**, à fleur de peau.	I. — Dermatoses **profondes**, intéressant l'épaisseur de la peau.
Dermatoses **bénignes** d'allure et de fond.	Dermatoses **sérieuses**, localement graves.
Dermatoses **résolutives** et intégralement résolutives.	Dermatoses **désorganisatrices**, destructives, laissant des cicatrices.
II. — Dermatoses **profuses**.	II. — Dermatoses relativement **discrètes**.
Dermatoses **disséminées**, voire parfois généralisées.	Dermatoses **circonscrites** à quelques régions, voire souvent à une seule ; en un mot, **régionales**.
III. — Dermatoses fréquemment **polymorphes**.	III. — Dermatoses invariablement **monomorphes**.
IV. — Dermatoses **anarchiques** comme distribution réciproque d'éléments éruptifs.	IV. — Dermatoses **méthodiques**, **disciplinées** comme configuration, comme groupement d'éléments éruptifs.

Division des syphilides secondaires.

Les syphilides sont extraordinairement variées comme formes, et même l'on peut dire sans exagération qu'elles reproduisent à peu près tous les types élémentaires des dermatoses, toutes les lésions anatomiques qui constituent les affections cutanées vulgaires. Aussi de vieille date a-t-on obéi à la nécessité de diviser et de catégoriser ces éruptions multiples et disparates, de distin-

guer entre elles un certain nombre d'espèces, de genres, de variétés, etc., de les assujettir en un mot à une classification, à une nomenclature scientifique. Or, on n'a que trop sacrifié à ce besoin, et l'on a si bien fait, on a tellement multiplié les types, les sous-types, les ordres et les sous-ordres, etc., qu'on a chargé de difficultés et d'obscurités inextricables cette partie de la science. De plus, chaque classification nouvelle ayant imposé aux espèces qu'elle différenciait sa terminologie propre, il est arrivé que l'anarchie s'est introduite jusque dans les dénominations mêmes de ces lésions. Bref, on a si bien fait que l'étude des syphilides est devenue, pour l'élève comme pour le médecin, aussi ardue, aussi ingrate, aussi laborieuse que possible, alors que tout au contraire il n'est pas de branche de la dermatologie qui soit plus précise et plus aisément accessible.

Trop de science, a-t-on dit, *nuit parfois à la pratique;* c'est le cas ici. Il serait donc bien temps d'en finir avec ce luxe inutile de classifications méticuleuses et de présenter ce qui est simple en somme sous une forme simple. Sans trop de peine, je crois, on pourrait arriver à ce résultat.

Ainsi, en ce qui concerne les syphilides secondaires, il me semble que, très simplement, on pourrait les condenser en *cinq groupes*, de la façon que voici :

1° Syphilides de modalité ÉRYTHÉMATEUSE ;

2° Syphilides de modalité PAPULEUSE ;

3° Syphilides de modalité ulcéreuse superficielle (ou, abréviativement, de modalité SUB-ULCÉREUSE) ;

4° Syphilides secondaires MALIGNES, dont le propre est d'altérer, d'*intensifier* (qu'on me passe l'expression) les modalités éruptives propres à la période secondaire.

5° SYPHILIDE PIGMENTAIRE. — Celle-ci, à vrai dire, n'est pas une syphilide, au sens strict du mot. Elle constitue bien moins, ainsi que j'aurai à le dire, un symptôme syphilitique qu'une manifestation d'ordre **parasyphilitique**. Mais n'importe. Il convient, je crois, de lui donner place dans ce groupe, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, elle appartient chronologiquement à ce groupe, et, en second lieu, parce que les questions de doctrine doivent être subordonnées à l'intérêt didactique.

Topographie. — Les syphilides secondaires sont *susceptibles de tout siège*. Il n'est pas de région de l'enveloppe cutanée où on ne les ait vues se produire.

Elles ont néanmoins leurs sièges de prédilection. Ainsi, elles sont particulièrement communes sur certains districts cutanés, tels que la paume de la main, la plante des pieds, le front, la nuque, les frontières du cuir chevelu, les régions à téguments adossés, etc. — Inver-

sement, elles sont tout à fait rares sur certains autres points, comme la face dorsale des mains et des pieds.

Sans aucun doute, l'impulsion qui les dirige et les localise sur tels ou tels points relève principalement de la maladie même, qui fait élection de siège ici ou là plutôt qu'ailleurs pour des raisons *à elle*, raisons qui nous échappent et qui constituent ce que, dans notre ignorance, nous appelons le génie morbide. Toutefois, on ne saurait méconnaître qu'en certains cas la production et la localisation des accidents cutanés d'ordre spécifique ne soient déterminées par des conditions étrangères à la maladie. Il y a, positivement, pour les syphilides ce que j'appellerai des *appels locaux*, des incitations provocatrices qui sollicitent et réalisent des décharges éruptives sur telle ou telle région. De même que les syphilides buccales et gutturales dérivent très fréquemment de l'irritation locale provenant du tabac, de même les syphilides cutanées procèdent maintes fois d'irritations cutanées de n'importe quel ordre : dermatoses actuelles ou anciennes (notamment eczéma, séborrhée, intertrigo) ; — stimulation congestive de la peau par pressions, froissements, prurit, grattage, voire par simple adossement de surfaces (comme au sillon interfessier ou sur les faces latérales des orteils); — vésication, traumatismes, vaccin ; — malpropreté, incurie, etc.

Exemple : des bains sulfureux ont plus d'une fois provoqué des poussées éruptives en raison de la fluxion qu'ils déterminent à la peau. — Il n'est pas rare qu'un vésicatoire appelle sur sa surface, au cours de la période secondaire, une invasion de papules spécifiques. — On a cité des cas où des exanthèmes déterminés par l'iodure de potassium sur des sujets affectés de syphilis se sont transformés en papules, voire en ulcérations syphilitiques (Lang, Schiff, etc.).

De même, encore, c'est sans doute à l'*excitation séborrhéique* des téguments qu'est due la grande fréquence des syphilides au niveau de certains districts cutanés qui sont des sièges d'élection pour la séborrhée, tels que le cuir chevelu, le sillon naso-génien, le sillon mentonnier, le sillon auriculo-temporal, etc.

Le système circulatoire n'est pas étranger à la topographie des syphilides. Ainsi, très sûrement, la *varicose* est une cause d'appel et d'entretien pour les dermatoses spécifiques des membres inférieurs, auxquelles même elle imprime parfois des modalités particulièrement intenses et rebelles. — Une remarque analogue est relative à la veinosité vulvaire qui résulte de la grossesse. — Autre exemple, celui-ci tout à fait topique et démonstratif. Un malade, affecté de syphilis depuis quelques mois, vint à être pris d'une arthrite aiguë du genou gauche, laquelle se compliqua d'une lymphangite assez intense de la cuisse, puis d'une adénite volumineuse de l'aine correspondante, et finit par laisser à sa suite un œdème chronique du membre. Survint, sur ces entrefaites, une syphilide papuleuse généralisée. Or, cette

syphilide qui intéressa les deux membres inférieurs les affecta avec une inégalité surprenante, presque extraordinaire. Très discrète sur le membre sain, elle se montra absolument confluente sur le membre malade ; le premier présentait une dizaine de papules tout au plus ; le second en était littéralement criblé (1).

Non moins manifeste se montre en quelques cas le rôle du système nerveux. A preuve ces singulières *syphilides zoniformes* sur lesquelles MM. Gaucher et Barbe viennent d'appeler l'attention tout récemment et dont le propre est de simuler le zona à double titre, à savoir par leur unilatéralité, et par leur disposition topographique suivant le trajet d'un nerf (2). — Dans un cas non moins curieux, le Dr Jolly a vu une syphilide généralisée respecter absolument un membre qui était atrophié de vieille date par une paralysie infantile. L'intégrité du conducteur ou même des centres nerveux serait-elle donc nécessaire au développement des dermatoses spécifiques ? — Bien plus singulière encore est une observation du Dr T. Falcone dans laquelle une roséole, puis des syphilides palmaires et plantaires « se localisèrent systématiquement à une moitié (la moitié droite) du corps, en respectant absolument la gauche ».

En voilà assez pour démontrer que la topographie des syphilides peut être influencée par des facteurs multiples, et cela d'ailleurs en vertu de modalités intimes dont le secret nous échappe.

Mais, à côté des quelques faits que je viens de citer et dont la pathogénie peut être rapportée avec quelque vraisemblance à des causes diverses, combien d'autres restent pour nous sans l'ombre même d'une interprétation plausible ! Pourquoi la roséole syphilitique, par exemple, respecte-t-elle invariablement le visage ? Pourquoi la syphilide dite psoriasis palmaire et plantaire se localise-t-elle invariablement sur la paume des mains et la plante des pieds, sans affecter la région dorsale du métacarpe et du métatarse ? Etc., etc. Tout cela est pour nous à l'état d'énigme, ainsi, du reste, que nombre de faits du même genre que j'aurai à signaler au cours de ce qui va suivre.

Enfin, à tout autre point de vue, j'ajouterai, avec le Dr Balzer, que toutes les syphilides secondaires, quelle qu'en soit la localisation et quelle qu'en soit la forme, semblent bien devoir être constituées « par des *colonisations microbiques*, par des foyers limités de l'agent pathogène spécifique ». Et la preuve, c'est qu'elles deviennent contagieuses dans tous les cas où elles deviennent humides, suintantes, par chute de leur revêtement épidermique.

Variétés individuelles, idiosyncrasiques. — Avant d'aborder la description des divers types qui vont suivre, ai-je besoin de spéci-

(1) J'ai conservé la photographie de ce cas si éminemment curieux.
(2) V. *Presse médicale*, 12 août 1897.

fier qu'ils sont loin de se présenter rigoureusement similaires d'un sujet à un autre ? Cela va de soi ; car, naturellement, forcément, ces dermatoses de la syphilis sont soumises à des influences multiples qui ne sauraient manquer de réagir sur elles et de les modifier en divers sens, à savoir : 1° qualité même de l'infection qui, par elle-même, peut être plus ou moins grave et conséquemment se traduire par des exanthèmes très différents comme intensité et comme confluence ; — 2° influences *de terrain*, relevant de la constitution, du tempérament, de l'état de santé antérieure et actuelle, des diathèses ou des infections en puissance (scrofulose, tuberculose, arthritis, paludisme, etc.), de l'alcoolisme, de la grossesse, des maladies incidentes, etc. ; — 3° causes d'ordre local (excitations de la peau, malpropreté, dermatoses, varicosités, gêne circulatoire, traumatismes, infections microbiques surajoutées (1), etc., etc.).

Toutes ces causes (sans parler de celles que nous ignorons) sont susceptibles de modifier les dermatoses spécifiques. Entre toutes, j'en prendrai une comme exemple. L'*alcoolisme* retentit sur les syphilides. Il les excite, les exagère, les « fouette », les intensifie. C'est ainsi que, chez les sujets qui font abus de l'alcool, les syphilides secondaires sont souvent remarquables par leurs formes profuses et confluentes, non moins que par leurs modalités éruptives à papules larges, renflées, saillantes, presque tuberculeuses, voire à papulo-pustules qui s'ulcèrent et se couvrent de croûtes. Parfois encore, chose curieuse, ces papules affectent une tonalité d'un rouge vif, ardent, floride, presque couperosique. Si bien qu'il n'est pas impossible de deviner l'alcoolisme rien que par un tel aspect et avant même d'avoir reçu les aveux du malade. C'est là ce qu'on appelle en langage familier d'hôpital les « syphilides alcoolisées ».

I

PREMIER GROUPE : SYPHILIDES ÉRYTHÉMATEUSES.

Ce premier groupe est constitué par toutes les syphilides dont le propre est de consister en un simple *érythème*, c'est-à-dire en des *taches rosées* se produisant sans saillie, sans squames à leur surface, sans soulèvement de l'épiderme, sans aucune lésion apparente du derme.

Il comprend deux types, qu'il n'est pas sans intérêt pratique de distinguer, à savoir :

1° La roséole ;

2° La roséole circinée.

(1) « ... La présence constante de nombreux microbes à la surface de la peau est une cause d'irritation qui peut aggraver toutes les manifestations cutanées de la syphilis en les infectant directement et en excitant le processus syphilitique. » (Balzer.)

PREMIÈRE ESPÈCE : ROSÉOLE.

Synonymie. — Syphilide érythémateuse, érythème syphilitique, syphilide exanthématique, syphilide maculeuse (1), etc.

Fréquence. — C'est *la plus commune* de toutes les syphilides. Elle est si commune que peu de malades y échappent, à moins que le traitement mercuriel ne soit institué dès le début de l'infection.

Échéance d'apparition. — C'est aussi *la plus précoce* de toutes les éruptions syphilitiques. C'est elle qui, pour ainsi dire, inaugure la période secondaire, de la septième à la huitième semaine après le début du chancre. Il résulte en effet de l'expérience commune qu'elle fait le plus habituellement son apparition vers le quarante-cinquième jour de la maladie (en comptant non pas de l'origine de la contagion, mais, ce qui est plus pratique, du jour où s'est produit l'accident primitif).

Ce n'est pas à dire toutefois qu'elle ne puisse se manifester à un stade plus reculé de la diathèse. Il est très commun au contraire de la rencontrer à une époque quelconque de la première année, dans le cours de la seconde année ou même au delà, lorsqu'un traitement mercuriel en a retardé l'apparition ou lorsqu'elle récidive. Mais, dans les cas de cet ordre, c'est-à-dire alors qu'elle s'éloigne du terme auquel normalement elle est appelée à figurer dans l'évolution naturelle de la maladie, il est à remarquer qu'elle ne se présente plus avec les mêmes caractères, qu'elle est généralement modifiée, altérée dans sa forme, comme j'aurai bientôt l'occasion de l'établir.

Caractères cliniques. — Sous son type normal elle consiste en ceci : une éruption plus ou moins confluente et disséminée de simples taches érythémateuses.

Ce sont des *taches* qui la constituent, et rien autre ; des taches sans saillie, sans squames, sans altération appréciable de l'épiderme ou du derme. Ces taches sont ce que seraient des maculatures faites à la peau, soit avec un pinceau, soit avec le doigt chargé de couleur.

Comme *étendue*, ces taches varient de la surface d'une petite lentille ou d'un pépin de poire à celle d'une pièce de 20 centimes environ ; très rarement elles sont plus larges, et seulement dans le cas où plusieurs d'entre elles, situées au voisinage les unes des autres, viennent à se fusionner de façon à constituer des *plaques* d'une étendue plus considérable.

Comme *configuration*, elles sont amorphes bien plutôt que figurées,

(1) Le terme de *macule* est quelquefois employé comme synonyme de simple tache de la peau, de rougeur ou d'érythème. C'est là un abus de langage, qui dévie ce terme de son acception propre. Strictement, la macule n'est qu'une tache *posthume* des éruptions, un stigmate plus ou moins pigmenté que laissent à leur suite certaines dermatoses spécifiques ou autres, après résorption des lésions anatomiques qui les constituaient.

et se présentent incorrectement arrondies, ou bien ovalaires, ou bien elliptiques, allongées, déchiquetées sur leurs bords.

Leur *couleur* varie suivant leur âge. Naissantes, elles offrent une teinte d'un rose tendre, d'un rose « fleur de pêcher » (1); — adultes, elles sont d'un rose plus foncé, plus sombre, d'un rose rougeâtre comparable à la coloration habituelle de la rougeole; — plus vieilles et tendant à se faner, elles prennent un ton d'un rose jaunâtre, fauve, et deviennent comme maculeuses.

Parallèlement à cette succession de teintes, on observe ceci : au début, les taches pâlissent et disparaissent absolument sous la pression du doigt ; — plus tard, elles ne s'effacent qu'incomplètement; — plus tard encore, elles ne s'effacent plus du tout.

Les taches de la roséole sont absolument *indolentes* ; elles n'éveillent ni chaleur, ni prurit. Aussi restent-elles très souvent ignorées du sujet qui les porte. Très souvent, en pratique, le médecin est le premier à en constater l'existence et à les montrer au malade qui ne s'en était pas aperçu jusqu'alors.

Au point de vue de leur *disposition réciproque*, elles semblent semées *au hasard* et ne présentent rien de fixe. On a dit qu'elles peuvent se grouper en cercles, en croissants, les unes par rapport aux autres. Je n'ai rien observé de semblable, quant à moi, et je tiens au contraire pour certain que la roséole est une des syphilides qui affectent le moins de tendance à une configuration méthodique quelconque. Elle est simplement *symétrique* d'une moitié du corps à l'autre moitié; et c'est en cela seulement qu'elle s'assujettit à une certaine discipline éruptive.

Ses taches ont une *confluence* variable. A moins que le mercure ne soit intervenu de bonne heure, il est assez rare de n'en trouver qu'un petit nombre ; presque toujours, elles sont assez abondantes pour tigrer la peau, en laissant entre elles toutefois des portions relativement considérables de téguments sains. — Quelquefois elles sont si nombreuses et si rapprochées les unes des autres que certaines régions en sont littéralement criblées. Cependant elles n'arrivent jamais à constituer par coalescence de véritables nappes érythémateuses.

Comme *siège*, les régions qu'elles affectent de préférence sont: les *flancs* et les *parties latérales du thorax* (points où elles font en général leur apparition première), l'abdomen, la poitrine et le dos. — Elles sont encore assez communes sur les membres, spécialement sur leur face interne. — En revanche, elles ne s'observent ni au

(1) A cette période de l'éruption, les taches peuvent n'être que médiocrement apparentes, voire presque douteuses, au moment où le malade se découvre; mais elles deviennent plus accentuées et nettement appréciables après quelques instants d'exposition à l'air, ce qui a pour effet de les « mettre en valeur », comme disent les peintres, c'est-à-dire de les faire ressortir par contraste sur le fond de la peau pâlie par refroidissement.

visage (sauf parfois au front, vers la lisière du cuir chevelu), ni aux extrémités.

Évolution. — Dans la très grande majorité des cas, la roséole se produit d'une façon absolument *latente*, inappréciable, sans aucun phénomène réactionnel ou sympathique. Quelquefois cependant son explosion donne lieu à un certain malaise, voire à un léger état fébrile, lequel dure quelques jours et s'évanouit.

Plus habituellement, alors qu'elle se manifeste dans les premières semaines de l'infection, la roséole coïncide avec le groupe de phénomènes qui marquent le début de la période secondaire, mais qui n'ont avec l'éruption qu'un rapport de coïncidence, à savoir : la courbature générale, la céphalée vespérine, les douleurs vagues des membres, les croûtes acnéiques du cuir chevelu, l'angine gutturale, etc.

La roséole ne se constitue pas d'un jour à l'autre, à la façon de certains exanthèmes fébriles qui en vingt-quatre ou quarante-huit heures sont pleinement et entièrement accomplis. Elle procède au contraire d'une façon lente et progressive: quelques taches se manifestent d'abord, puis d'autres leur succèdent de jour en jour, et ainsi de suite ; de sorte que l'éruption n'est guère complète avant un septénaire au plus tôt.

Parvenue de la sorte à son entier développement, elle persiste sous cette forme plus ou moins longtemps, sans modifications ultérieures. — Traitée, elle se fane et disparaît rapidement. — Non traitée, elle persiste plusieurs semaines, un mois, deux mois, quelquefois même davantage, en devenant de plus en plus foncée, comme maculeuse, et surtout en se compliquant d'autres modalités éruptives. Ce qu'on observe alors n'est plus, à proprement parler, une roséole ; c'est une syphilide polymorphe, restant érythémateuse comme forme prédominante, mais émaillée çà et là d'éléments éruptifs d'autre genre, tels que papules, papulo-squames, papulo-croûtes, etc.

Toujours est-il qu'après une certaine durée, sous l'influence du mercure ou du temps, la roséole disparaît complètement.

Et comment disparaît-elle ? Par *résolution* simple et progressive, sans squames, sans altération de l'épiderme ou du derme, inutile d'ajouter sans cicatrices et sans vestiges.

Récidives. — **Roséole de retour.** — I. — La roséole est sujette à récidives, voire à récidives multiples, plus ou moins largement espacées, au cours des premières années de la syphilis. On l'a vue se reproduire deux, trois, quatre fois, voire davantage encore en certains cas tout spéciaux auxquels je consacrerai plus loin une description particulière.

II. — Sous quelles formes se présente la roséole alors qu'elle récidive?

Quelquefois, mais cela est assez rare, sous sa forme initiale.

Bien plus souvent, sous des formes *atténuées*, voire atténuées parfois jusqu'à être *rudimentaires*, en tout cas *modifiées* comme type éruptif. Ainsi:

1° La roséole *de retour*, comme on l'appelle, n'offre presque jamais le degré de confluence habituel à la roséole de premier jet. Elle constitue, par excellence, une roséole *discrète*.

2° Quelquefois même elle reste tout à fait rudimentaire, en se bornant à un très petit nombre de taches éparses sur le thorax ou les membres, à savoir une cinquantaine, une trentaine, ou moins encore.

3° En troisième lieu, ses taches sont le plus habituellement modifiées, et cela comme étendue, comme couleur, comme configuration. — D'abord, elles sont plus larges que de coutume, larges comme une amande, comme une datte, comme une pièce d'un, de deux, voire de cinq francs. — De plus, elles sont moins roses que celles de la roséole normale, plus pâles, d'un ton plus tendre. Si bien qu'atténuées d'une part comme couleur au point d'être presque effacées, et, d'autre part, dépourvues de contours bien limités, elles se dérobent facilement. On a vraiment peine à les distinguer quelquefois, et il faut un examen attentif pour les reconnaître. — Enfin, comme configuration, elles affectent souvent telle ou telle variété de la forme circinée que j'ai maintenant à décrire.

SECONDE ESPÈCE : **ROSÉOLE CIRCINÉE.**

Celle-ci diffère essentiellement de la précédente à deux points de vue : comme échéance d'apparition et comme modalité éruptive.

1° Au lieu d'être une éruption précoce, c'est une éruption *assez tardive* de la période secondaire, ne se manifestant en général qu'à une époque plus ou moins distante du début de l'infection, à savoir : vers la fin de la première année, dans le cours de la seconde ou de la troisième, quelquefois même au delà (chez les sujets traités, bien entendu).

2° Elle est constituée par des taches rosées, plates ou très légèrement saillantes, dont l'attribut spécial est la *forme circinée*.

Ces taches figurent ou des cercles complets, dont toute l'aire est rosée ; — ou, plus fréquemment, des circonférences, des anneaux, des ovales teintés d'érythème, mais à centre sain ; — ou, plus souvent encore, des demi-anneaux, et surtout des *arcs de cercle* en forme de C, de croissant, de demi-lune, etc. ; — ou bien encore (mais exceptionnellement) des segments de circonférence réunis bout à bout, en forme d'arceaux conjugués, etc., etc.

Les variétés annulaire, semi-annulaire, ovalaire, elliptique, sont les plus communes. — Les circonférences ou les arcs de cercle qu'elles décrivent sont presque toujours d'un petit rayon, qui ne dépasse guère celui d'une pièce d'un ou de deux francs, de cinq francs au maximum. Ce n'est que par exception des plus rares qu'on

a vu des syphilides de cet ordre dessiner des circonférences mesurant 5, 6, 7 et jusqu'à 8 centimètres de diamètre, comme on en voit quelques spécimens au musée de Saint-Louis.

De toutes ces variétés, la plus caractéristique et l'une aussi des plus communes est celle qu'on désigne parfois sous le nom de **roséole ovalaire**, constituée par une ellipse éruptive mesurant environ 4 à 5 ou 6 centimètres comme grand axe sur 2 ou 3 comme petit axe, et offrant un contour brisé, c'est-à-dire interrompu çà et là par de petits intervalles de peau saine.

Toutes ces diverses formes sont assez persistantes, alors qu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. — D'autre part, si elles cèdent assez facilement au mercure, il est d'observation qu'elles présentent une singulière tendance aux *récidives*. Elles peuvent reparaître plusieurs fois de suite en dépit du traitement, et il est souvent besoin, pour en débarrasser définitivement les malades, d'une médication assez prolongée.

Variétés. — Les types que je viens de décrire comportent quelques variétés, la plupart assez rares, auxquelles suffira donc une simple mention, à savoir :

1° La **roséole à petites taches**, composée d'éléments éruptifs minimes, comparables à un grain de blé. La ténuité même de ces éléments confère une physionomie un peu bizarre à l'exanthème et devient parfois une réelle difficulté diagnostique. — Forme exceptionnelle.

2° La roséole à larges taches, dite parfois **roséole nummulaire**. — Forme encore plus rare.

3° La **roséole pâle**, dont les taches sont du rose le plus tendre, au point qu'elles se différencient à peine du ton normal de la peau.

4° La **roséole piquetée**, dite encore *granuleuse*, composée par des taches qui sont semées de très petites saillies miliaires traversées par un poil et vraisemblablement constituées par des follicules pileux en état de congestion hyperplasique. On compte sur chaque tache de 5 à 10 de ces minuscules saillies, qui constituent une sorte de pointillé, de piqueté granuleux, sur le fond rosé de l'exanthème.

5° La **roséole ortiée**, dite aussi roséole *papuleuse*, ne différant de la roséole ordinaire que par le seul caractère suivant :

Ses taches, au lieu d'être absolument plates, sont quelque peu élevées, bombées, comme *boursouflées*, et font un très léger relief que la vue et le doigt peuvent également apprécier. Elles rappellent ainsi quelque peu la plaque saillante de l'urticaire. Aussi ai-je baptisé cette forme éruptive du nom de *roséole ortiée*, dénomination préférable, je crois, à celle d'érythème papuleux ou de roséole papuleuse que lui donnent certains auteurs, car la papule implique l'existence d'un néoplasme qui fait défaut ici, et le mot de papule ne doit

pas être détourné de son sens anatomique pour devenir synonyme de relief, de saillie, de simple fluxion inflammatoire.

Cette dernière variété, à l'inverse de toutes les précédentes, est assez commune.

Anatomie pathologique. — Les diverses éruptions roséoliques de la syphilis dérivent de lésions plus importantes à coup sûr qu'on ne le préjugerait d'après la superficialité apparente de l'exanthème. Ces lésions, qui ne sont, pour ainsi dire, que la menue monnaie de celles que nous verrons plus tard constituer la papule secondaire, consistent en ceci : d'une part, dilatation des vaisseaux du derme, avec tuméfaction de leur endothélium et suffusion cellulaire de leur périthélium; — et, d'autre part, infiltration d'éléments cellulaires dans le derme, dans les papilles, autour des glandes et des follicules pileux, mais infiltration beaucoup moins dense et plus diffuse que dans la papule secondaire (Unna, Balzer).

C'est seulement dans les roséoles à éléments saillants (roséole ortiée ou papuleuse) que s'ébauche un début de granulome autour des vaisseaux par amas de cellules condensées. — Dans la roséole ortiée, notamment, on constate une diapédèse active et un véritable œdème du corps muqueux (Unna).

Diagnostic. — I. — Assez facile en général. Car il ressort de tout un *ensemble* d'éléments et de considérations qui vraiment laissent peu de prise à l'erreur, à savoir :

1° Une *éruption* à caractères habituellement bien tranchés, et souvent significative par elle seule ;

2° Comme antécédents, un groupe séméiologique bien autrement significatif, composé par le *chancre* (à son défaut, par sa cicatrice ou son induration) et par l'*adénopathie satellite* dont les attributs sont usuellement si formels ;

3° La possibilité d'autres manifestations spécifiques contemporaines, telles notamment que plaques muqueuses, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, adénopathies secondaires, etc. ; coïncidence qui sert en quelque sorte de répondant, de garant à la spécificité de l'exanthème ;

4° Enfin, une considération chronologique d'une non moindre valeur, à savoir celle d'une éruption entrant en scène à échéance classique de quelques septénaires, consécutivement à un accident local de contagion.

Un tel ensemble, je le répète, est significatif.

Et j'ajouterai : Des divers éléments séméiologiques que je viens d'énumérer, celui de moindre importance, à coup sûr, c'est l'éruption même. Car un exanthème reste toujours sujet à caution, en raison de sa variabilité, en raison aussi des ressemblances objectives

que peuvent affecter avec lui d'autres exanthèmes de nature très différente. Tandis que des signes bien moins sujets à erreur et offrant des garanties tout autres sont ceux qui dérivent soit des antécédents (chancre et bubon), soit des accidents contemporains, soit de la chronologie morbide, soit surtout de ces trois considérations réunies.

Cela dit, j'aurai droit d'être bref sur le diagnostic différentiel. A coup sûr, il est nombre d'exanthèmes érythémateux susceptibles de simuler objectivement la roséole. Mais ces exanthèmes seront-ils, comme elle, précédés d'un chancre et d'un bubon? Mais auront-ils, comme elle, le même cortège d'accidents contemporains sur les muqueuses et sur les ganglions? Mais feront-ils partie, comme elle, d'un ensemble d'accidents à succession méthodique? Non, trois fois non. Donc, par cela même, ils ne sauraient être confondus avec la roséole syphilitique (1).

II. — Quelques mots cependant ne seront pas superflus à propos de certaines affections qui se rapprochent vraiment de la roséole par leur physionomie objective.

Rougeole. — Certes, l'éruption de la rougeole offre d'indéniables analogies avec la roséole syphilitique. Mais que de considérations suffisent dès le premier abord à différencier ces deux affections! Dans la rougeole, en effet: 1° symptômes généraux infiniment plus intenses que ceux dont la roséole syphilitique s'accompagne quelquefois; — 2° fièvre préludant toujours à l'éruption pour une durée de trois à quatre jours; — 3° éruption plus générale, et surtout éruption ne respectant ni la face ni les extrémités; — 4° enfin et comme signes différentiels majeurs, trois catarrhes spéciaux, dénonciateurs (catarrhe oculo-nasal, catarrhe laryngé, catarrhe bronchique avec toux presque révélatrice, etc.).

Tout au plus, la confusion serait-elle admissible pour certaines rougeoles bénignes, dites « ambulatoires », légèrement fébriles, discrètes, frustes, à catarrhes extrêmement atténués, etc. Mais le doute sera facilement levé par les antécédents et les coïncidences morbides que j'ai signalés précédemment.

En revanche, il y aura parfois plus de difficulté à différencier la

(1) Aussi bien n'accorderai-je pas place, dans le parallèle diagnostique qui va suivre, à nombre d'exanthèmes roséoliques qui peuvent se rapprocher de la roséole syphilitique par quelques analogies objectives, mais qui s'en différencient tout aussitôt par quantité de caractères de bien autre valeur. A citer comme tels: la roséole dite *pudique*, simple congestion éphémère de la peau, ayant pour attribut de se produire et de se localiser à la partie supéro-antérieure du thorax; — les *marbrures cutanées* déterminées par le froid ou se rencontrant, à l'état de singularités idiosyncrasiques, sur certains sujets; — certains *érythèmes toxiques*; — l'*herpès tonsurant maculeux*, qui se différencie à la fois de la roséole et par l'étendue de ses placards éruptifs, la configuration circinée de ces placards, leur couleur, leur desquamation de surface, et par son caractère prurigineux, et par sa distribution, et par les résultats de l'examen microscopique, etc.

roséole de tel ou tel des cinq types éruptifs suivants, mieux faits à coup sûr pour la simuler.

1° **Roséole simple** (dite encore roséole exanthématique, saisonnière, vernale, estivale, etc.). C'est là, à coup sûr, l'exanthème qui, objectivement, se rapproche le plus de la roséole syphilitique. Comme elle, en effet, il consiste en une éruption plus ou moins générale et exclusivement constituée par des taches rosées, sans addition de notables phénomènes. Toutefois on l'en différenciera aisément d'après les données suivantes :

Roséole syphilitique.	**Roséole simple.**
I. — Affection apyrétique (sinon toujours, du moins dans la presque totalité des cas).	I. — Affection souvent accompagnée de symptômes généraux (fièvre, inappétence, état saburral, soif, malaise, céphalalgie, etc.).
II. — Non prurigineuse.	II. — Assez habituellement prurigineuse, à un léger degré.
III. — Respectant toujours le visage.	III. — Envahissant assez souvent le visage.
IV. — Durant toujours plusieurs semaines, pour le moins.	IV. — Essentiellement éphémère.
V. — Précédée, à courte distance, des phénomènes propres à l'infection syphilitique primitive (chancre induré, adénopathie spécifique).	V. — Non précédée des phénomènes propres à l'infection syphilitique primitive (sauf coïncidence).
VI. — Souvent accompagnée d'autres manifestations secondaires (croûtes du cuir chevelu, adénopathies cervicales, céphalée vespérine, douleurs vagues dans les membres, syphilides des muqueuses, etc.).	VI. — Non accompagnée des symptômes divers qui servent de cortège usuel à la roséole syphilitique.

2° **Roséole résineuse.** — La roséole dite résineuse, résultant de l'absorption du copahu (bien plus rarement du cubèbe ou du santal) est loin de ressembler toujours à la roséole. Elle en diffère même absolument en nombre de cas, alors par exemple qu'elle prend la forme d'un érythème en nappe ou bien qu'elle affecte la modalité scarlatinoïde. Mais il faut convenir qu'en certains cas elle s'en rapproche d'une étrange façon, et force alors est d'instituer un diagnostic différentiel sur les considérations que voici :

Roséole syphilitique.	**Roséole résineuse.**
I. — Cause spéciale : contamination syphilitique ; — antécédents de chancre et de bubon ; — possibilité d'accidents syphilitiques contemporains.	I. — Cause spéciale : absorption récente de copahu, de cubèbe ou de santal. Nul antécédent et nul accident actuel de syphilis (sauf coïncidence).
II. — Éruption aprurigineuse.	II. — Éruption prurigineuse, souvent même à un degré très accentué.
III. — Éruption simplement rosée, sans teinte vineuse.	III. — Éruption plus rouge, plus foncée, plus *vineuse* que la roséole.

Roséole syphilitique (*Suite*).	**Roséole résineuse** (*Suite*).
IV. — Éruption en général bien moins abondante sur les membres que sur le tronc.	IV. — Éruption souvent confluente sur les membres.
V. — Éruption sans *nœuds de confluence* au niveau des jointures.	V. — Éruption à foyers spéciaux de confluence, à *nœuds éruptifs* occupant le niveau des jointures du côté de l'extension (genoux, coudes, poignets, face dorsale du pied et de la main).
VI. — Éruption persistante, affectant une durée d'au moins plusieurs semaines.	VI. — Éruption éphémère, disparaissant en quelques jours.

En l'espèce, il ne s'agit que d'un danger de *surprise*, et la difficulté vraie est de songer au copahu comme origine possible d'érythème. Si l'on a la présence d'esprit de mettre en cause le copahu, pas d'erreur à redouter, car on est éclairé tout aussitôt par l'anamnèse; au cas contraire, possibilité de méprise.

Or, à propos de copahu et de tout remède de même ordre, il n'est guère à compter sur les déclarations spontanées des malades, d'autant que l'intérêt d'une telle confession à propos d'une éruption cutanée peut bien leur échapper absolument. Ces déclarations, il faut au contraire les solliciter, les provoquer, et quelque insistance n'est pas toujours superflue. D'ailleurs, certains malades ne peuvent-ils pas avoir pris du copahu *sans le savoir*? A preuve la réponse usuelle de nos consultants d'hôpital : « J'ai bien pris des capsules que m'a données un pharmacien, mais je ne sais pas *ce qu'il y avait dedans.* » En pareil cas, ne pas oublier la ressource fournie par l'examen des urines.

3° **Pityriasis versicolor rosé.** — Certes, ce n'est pas le pityriasis versicolor usuel qui sera jamais exposé à donner le change pour une roséole; car il s'en distingue au premier coup d'œil par sa coloration jaunâtre, café au lait. Mais en quelques circonstances et sous des influences restées jusqu'alors inconnues, il prend une teinte véritablement rosée; et alors, consistant en une série plus ou moins confluente de petites taches roses, disséminées sur le tronc et les membres, il affecte assez bien l'aspect d'une roséole spécifique. Trois signes toutefois interviendront pour rectifier aussitôt l'erreur et attester le pityriasis, à savoir :

I. — Apparence toujours plus ou moins squamelleuse, farineuse, des îlots pityriasiques;

II. — Signe *du copeau*, c'est-à-dire détachement immédiat, sous un coup d'ongle, d'un lambeau, d'un véritable copeau épidermique à la surface des taches rosées;

III. — Examen microscopique de ce copeau, où se révélera facilement le parasite (microsporon furfur).

4° **Pityriasis rosé** ou **Roséole squameuse.** — Affection assez rare, mais le plus habituellement, voire presque invariablement

confondue avec la roséole syphilitique. Cela pour une raison très simple : c'est que ce curieux exanthème n'est guère connu que dans le petit monde des dermatologistes; il n'a pas fait encore sa trouée dans le grand public médical. Aussi les erreurs abondent-elles à son sujet. J'aurais plus de vingt observations de ville à citer où le pityriasis rosé a été soit suspecté, soit même résolument taxé d'origine spécifique et traité comme accident de syphilis. Exemple : Un de mes anciens camarades d'internat, médecin certes des plus instruits et des plus distingués, est venu renouveler connaissance avec moi, ces dernières années, à propos d'un pityriasis rosé que lui-même d'abord et plusieurs de ses confrères ensuite avaient diagnostiqué « syphilide érythémato-squameuse ». « C'est prodigieux, me dit-il en m'abordant, je n'ai jamais eu de chancre, et cependant j'ai une indéniable roséole que je vais te montrer. » Et il me montra un type de pityriasis rosé.

Cependant, rien n'est plus facile à reconnaître que cette curieuse affection, à la condition qu'on en ait vu quelques types. Ainsi, on la distinguera formellement de la roséole syphilitique par deux signes majeurs qui sont les suivants :

I. — *État squamelleux de l'éruption.* — Caractère constant et distinctif, à ce point que j'ai proposé pour cet exanthème la dénomination de *roséole squameuse*, dénomination à mon gré préférable à celle qu'il porte aujourd'hui et qui n'est pas sans exposer à des confusions dermatologiques. Le pityriasis rosé, en effet, est par excellence une roséole qui desquame. Ses taches, primitivement lisses et unies, se recouvrent après quelques jours d'une sorte de poussière farineuse, blanchâtre ou blanc grisâtre, constituée par de minuscules débris épidermiques, très minces, très ténus, pityriasiques (d'où son ancien nom de pityriasis). En outre, mais sur quelques points seulement et surtout à leur circonférence, elles présentent parfois des squames véritables, lamelleuses, foliacées, très fines et demi-transparentes.

Or, *jamais la roséole syphilitique ne desquame.*

Donc, à ce point de vue, opposition formelle et significative entre les deux types éruptifs.

II. — *Médaillons éruptifs.* — C'est là le grand signe, le signe pathognomonique, celui qu'il faut toujours rechercher.

Les éléments éruptifs qu'en langage technique on appelle « médaillons » consistent en des taches plus larges et plus importantes que les autres éléments constitutifs de l'éruption, mais incomparablement plus rares. Ainsi, tandis que les petites taches lenticulaires qui forment le gros de l'exanthème se comptent par centaines, on ne rencontre guère que quelques médaillons (soit une douzaine, par exemple; — souvent moins encore, soit une demi-douzaine; — souvent quelques-uns seulement, quatre, trois, deux; — et parfois même

un seul). — Ces médaillons sont constitués comme il suit : Deux parties, à savoir un *cadre* et un *centre*. — Le cadre, généralement ovalaire, est figuré par une zone éruptive de 2 à 3 millimètres de largeur, soit plate, soit très légèrement surélevée, rosée, et saupoudrée de quelques fines squamules ou d'une poussière farineuse. — Le centre, inclus dans cet anneau, est représenté par une surface cutanée lisse, parcourue par des hachures parallèles, de teinte un peu plus sombre que l'état normal des téguments et parfois même (on ne sait pourquoi) de tonalité gris cendré.

Ces taches ovalaires à collerette rose et à centre bistré constituent ce qu'on appelait jadis le pityriasis circinata. De par leur aspect pittoresque elles ne sauraient manquer d'appeler l'attention. Or, elles sont absolument caractéristiques de la roséole squameuse. Donc, quand on les rencontre bien nettes et bien accentuées, le diagnostic Pityriasis rosé se trouve pour ainsi dire inscrit sur la peau.

Mais, par malheur, ces médaillons ne sont pas constants. Ils peuvent faire défaut. Et alors, réduite à ses petites taches rosées, de la largeur d'une lentille ou d'une pièce de 20 centimes, l'éruption ne revêt que d'autant mieux l'aspect d'une syphilide érythémateuse. En ces conditions l'erreur est possible. A preuve le cas suivant, qu'il ne sera pas superflu de citer comme exemple :

Un de nos confrères, ayant eu la syphilis, mais s'en étant bien et longtemps traité, se marie. — Trois ans plus tard, sa femme est prise d'une éruption rosée, qui lui couvre les épaules, le tronc, la partie supérieure des bras, etc. Grand émoi. Notre confrère se trouble, se persuade avoir infecté sa femme, et me l'amène. J'examine l'éruption ; or, vraiment, on pouvait s'y tromper. De par l'aspect objectif, apparence absolue d'une roséole spécifique ; et, en outre, *pas un médaillon*, pas un seul ! En sorte (j'abrège cette longue observation) que le diagnostic ne put être établi que par la considération de quelques taches qui étaient légèrement, bien légèrement squamuleuses, et surtout (grand et formel critérium, auquel il faut toujours revenir) par l'absence de tout antécédent suspect et de tout symptôme contemporain de syphilis. — Aucun traitement ne fut institué ; l'éruption s'évanouit en cinq semaines ; et rien ne lui succéda.

Somme toute, aspect squamelleux et médaillons, voilà les éléments vrais du diagnostic différentiel en question.

Comme signe mineur et très subordonné, j'ajouterai qu'assez souvent le pityriasis rosé est quelque peu prurigineux, tandis que la roséole syphilitique ne s'accompagne jamais de démangeaisons.

5° **Roséole de l'antipyrine.** — Au nombre des multiples et parfois très bizarres accidents qui peuvent résulter de l'antipyrine figure un exanthème qu'il n'est rien d'exagéré à qualifier du nom de *roséole* d'antipyrine.

Cet exanthème, en effet, consiste sommairement en ceci : Une éruption disséminée, et toujours plus ou moins confluente, de taches érythémateuses ; — taches rosées ou rougeâtres, quelquefois d'un rouge vif, de teinte vermillon ; — taches purement congestives et s'effaçant sous la pression du doigt ; — planes ou à peine saillantes ; — variables d'étendue entre les proportions d'une tête d'épingle et celles d'une pièce de 20 ou de 50 centimes ; — variables également de configuration, quelquefois arrondies, mais plus souvent irrégulières, surtout par fusion de voisinage.

Il apparaît ou bien quelques heures après la première ingestion d'antipyrine, ou bien après quelques jours d'usage de ce remède. — Dans l'un et l'autre cas, il se constitue toujours d'une façon singulièrement rapide, à savoir en moins d'une demi-journée.

Objectivement, c'est une roséole, une roséole vraiment presque identique comme physionomie générale à ce qu'est la syphilide érythémateuse. De là de nombreuses erreurs déjà relevées à son sujet. Ainsi, il m'est arrivé récemment d'être appelé en consultation pour un malade chez lequel une éruption d'antipyrine affectait absolument l'allure d'une roséole syphilitique et même avait été considérée comme telle en raison d'une lésion douteuse (herpès, probablement) qui s'était produite à la verge quelques semaines auparavant. L'événement démontra qu'il ne s'agissait que d'une éruption médicamenteuse, complètement étrangère à la syphilis.

Toutefois, cette éruption peut généralement être rapportée à sa véritable origine de par les considérations suivantes :

I. — D'abord, *antécédent spécial* : absorption récente d'antipyrine.

II. — Éruption d'*invasion subite* et de *constitution singulièrement rapide*.

III. — Éruption se présentant quelquefois avec une *coloration d'un rouge plus vif*, plus ardent, plus floride, que la teinte simplement rosée de la syphilide érythémateuse.

IV. — Possibilité de *localisations particulières*, tout à fait différentielles. — Cela s'observe dans les cas où l'éruption envahit et crible le visage à la façon d'une rougeole ; — ou bien encore alors qu'elle affecte les membres avec une surabondance éruptive tout à fait insolite.

Rien de semblable dans la roséole syphilitique.

V. — Coïncidence possible avec l'exanthème roséolique d'*autres manifestations cutanées* de même origine, mais de modalité différente, telles que : placards scarlatiniformes en nappe, ayant surtout tendance à se produire (comme pour la roséole copahique) au niveau des articulations et du côté de l'extension ; — ou bien plaques ortiées ; — ou bien formations bulleuses, œdèmes localisés, etc.

VI. — Enfin, coïncidence possible de certains *accidents généraux* d'intoxication par l'antipyrine, à savoir : trouble brusque de la

santé, malaise, vertiges, défaillances, refroidissements, sueurs, phénomènes nerveux divers, etc.

Ces diverses considérations sont nettement et formellement distinctives. Mais on remarquera d'abord que la plupart sont éventuelles. De plus, la cause même de l'éruption peut se dérober, comme dans un cas où l'un de mes clients, ayant coutume de se traiter lui-même de migraines chroniques à l'aide de l'antipyrine, m'avait déclaré « n'avoir absorbé aucun remède auquel son éruption pût être rapportée » ; ce fut seulement quelques jours plus tard que, pressé de questions par moi, il finit par m'avouer son traitement « personnel » par l'antipyrine.

Dans les cas où les données objectives de l'éruption et les autres accidents d'intoxication font absolument défaut, deux ressources seulement, mais amplement suffisantes, restent au diagnostic, à savoir : la recherche d'une influence médicamenteuse comme origine de l'exanthème, avec interrogatoire spécial sur l'antipyrine ; — la recherche et l'exclusion de la syphilis de par l'anamnèse et l'absence de toute manifestation spécifique actuelle.

En l'espèce, comme pour le copahu, comme pour tous les autres remèdes éruptifs, l'erreur à commettre n'est presque toujours qu'une erreur *de surprise*, par ignorance de la cause. Tout est donc de penser à l'antipyrine comme cause possible d'exanthème roséolique.

ROSÉOLES A RÉCIDIVES MULTIPLES.

Un point des plus curieux exige ici une digression que je m'efforcerai de rendre le plus courte possible.

Il est des syphilis surabondamment fécondes en éruptions roséoliques. Sur quelques malades on voit des éruptions de roséole se produire et se reproduire jusqu'à *trois*, *quatre*, *cinq*, *six*, *huit* et *dix* fois. A preuve un de mes clients qui, affecté de syphilis en 1893, a présenté depuis lors *dix* éruptions érythémateuses, lesquelles ont été diagnostiquées « roséoles syphilitiques » non pas seulement par moi, mais par plusieurs de mes collègues auxquels j'ai adressé le malade pour requérir leur avis, notamment par un dermatologiste expert entre tous, mon cher et éminent collègue le Dr Besnier (1).

Les faits de ce genre ne s'observent guère que dans la clientèle de ville. Ils ne se présentent pas à l'hôpital, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, il est exceptionnel à l'hôpital qu'on puisse suivre des malades pendant une longue série d'années ; et parce que, d'autre part, il s'agit en l'espèce de symptômes pour lesquels les malades ne viennent guère consulter à l'hôpital. Un ouvrier, un employé, qui a

(1) J'ai relaté une série d'observations de ce genre dans une récente publication *Roséoles syphilitiques à récidives multiples*, in *Ann. de dermat. et de syphil.*, octobre 1896).

besoin de son labeur quotidien pour gagner sa vie, ne perdra pas une de ses journées pour venir à nos cliniques nous montrer quelques taches cutanées qui ne lui font aucun mal, qui ne sont pas de nature à l'inquiéter et que, d'ailleurs, il aura à peine remarquées le plus souvent. Tandis qu'un homme du monde, qui a son temps libre, qui a plus soin de sa personne, qui ne recule pas devant le prix d'une consultation, ne manquera guère de venir consulter son médecin pour des « rougeurs » au sujet desquelles il tient à être renseigné.

A divers égards, ces roséoles à récidives singulièrement multiples sont bien faites pour créer de réelles préoccupations aux malades et aux médecins. Elles méritent donc d'être étudiées avec soin.

Fréquence. — Elles sont rares, certes, mais beaucoup moins rares qu'on ne le croit généralement. J'en compte plus d'une centaine de cas dans mes relevés cliniques de ville, et j'en garde beaucoup d'autres en souvenir.

Nombre de récidives. — A ce point de vue, l'analyse de 33 cas (les seuls sur lesquels j'ai conservé des notes étendues et précises) me fournit les chiffres que voici :

5 cas où l'exanthème roséolique s'est produit			.....	2 fois.
7	—	—	.....	3 —
4	—	—	.....	4 —
8	—	—	.....	5 —
5	—	—	.....	6 —
2	—	—	.....	7 —
1	—	—	.....	8 —
1	—	—	.....	10 —

Échéances d'apparition. — A quelles *échéances* se sont produites ces invasions successives de l'exanthème roséolique ?

Défalcation faite de la poussée initiale (qui n'est pas en cause pour l'instant), voici ce que m'a fourni, à ce point de vue, le dépouillement des cas en question :

Au cours de la	*première*	*année*	33 fois.
—	*seconde*	—	41 —
—	*troisième*	—	19 —
—	*quatrième*	—	10 —
—	*cinquième*	—	5 —
—	*sixième*	—	3 —
—	*dixième*	—	1 —
—	*onzième*	—	1 —

Étiologie. — Une condition étiologique singulière se présente à relever ici. C'est que ces exanthèmes roséoliques récidivants sont presque exclusivement l'*apanage de sujets qui se sont traités*, parfois même de sujets qui se sont correctement et longtemps traités.

Et, en effet, sans exception aucune, toutes les observations que j'ai recueillies en l'espèce sont relatives à des malades qui se sont

traités et (réserve faite pour un seul cas) traités par le mercure; — la plupart aussi à des malades ayant suivi un traitement sérieux ou pour le moins moyen ; — quelques-unes même à des malades ayant subi un traitement de longue haleine, pendant plusieurs années.

Avec quelque raison, donc, on a pu dire de ces exanthèmes que c'étaient là « des roséoles modifiées par le mercure ». Non pas, à coup sûr, que ce soit le mercure qu'il faille rendre responsable de ces roséoles et de leurs récidives ; mais c'est lui, suivant toute vraisemblance, qui, en mitigeant la syphilis, la contient dans des modalités *atténuées* et ne lui permet de se traduire, dans ses poussées successives, que par les plus légères, les plus superficielles de ses déterminations cutanées. J'imagine qu'une syphilis non traitée, conservant un haut degré de virulence, se tient en quelque sorte au-dessus d'accidents de semblable bénignité.

A cela près, nous ne savons rien de l'étiologie de ces roséoles à répétitions. Quelles prédispositions, quelles conditions morbides réalisent ces syphilis singulières qui, bien que traitées, récidivent avec insistance et cela toujours avec la même note, toujours sous la même modalité morbide, modalité en désharmonie avec leur âge ? Nous l'ignorons absolument.

En tout cas, la *récidivité* est tellement dans l'esprit (j'allais dire dans l'humeur) de cet ordre d'exanthèmes, qu'une récidive une fois produite est un présage presque certain d'une autre récidive à terme peu distant. *Une roséole de retour ne tarde guère à être suivie d'une roséole de retour.* Telle est la règle. De sorte que l'éducation des malades est bientôt faite sur ce point. Ainsi, maintes fois j'ai entendu tel ou tel de mes clients me dire : « C'est toujours la même chose, docteur; vous allez me guérir de ma nouvelle roséole, mais vous verrez qu'il m'en reviendra une autre d'ici peu. » Et, le plus souvent, l'événement venait confirmer leur prévision.

Caractères cliniques. — Les roséoles à récidives multiples présentent au plus haut degré la triade de caractères que je signalais précédemment comme distinctive des « roséoles de retour » en général. Ce sont donc des roséoles *triplement atténuées*, à savoir : *comme étendue de territoire éruptif, comme nombre d'éléments éruptifs et comme intensité de coloration.* Ce sont, en autres termes, des roséoles cantonnées sur quelques points; — appauvries, « raréfiées »; — et ne s'accusant que par une teinte rosée des plus tendres. — Quelques détails.

Par une série de décroissances successives, elles aboutissent à se réduire à un très petit nombre de taches (par exemple, une vingtaine, une quinzaine, une douzaine, une demi-douzaine), voire à quatre, à trois, et même à une seule (comme dans la curieuse observation VI de mon mémoire).

Ces taches se rencontrent le plus souvent sur les parties latérales

du thorax ; moins souvent sur les flancs ou les fesses ; plus rarement sur les membres.

Elles ne sont autres, au point de vue dermatologique, que des éléments érythémateux, identiques à ceux de la roséole ordinaire (1), mais souvent plus larges et représentant en général l'étendue d'un ongle ou d'une amande. — A noter que très fréquemment elles affectent le type ovalaire, sous forme de cet *ovale brisé* que j'ai décrit dans ce qui précède.

En outre, elles sont certainement d'un *rose moins intense* que la roséole ordinaire. Souvent même elles n'ont qu'une tonalité d'un rose pâle, d'un rose tendre. A ce point qu'en raison de cette atténuation de teinte on ne les voit pas toujours du premier coup d'œil et que parfois même il faut les chercher pour les trouver, en s'aidant d'une incidence favorable de lumière.

J'ajouterai que leur contour est généralement mal déterminé et semble se fondre insensiblement dans les téguments voisins.

Or, atténués de la sorte dans l'ensemble de leurs caractères, ces érythèmes de récidive deviennent littéralement *méconnaissables* ; et vraiment on n'oserait les prendre pour des roséoles, si l'on n'avait entre ces types frustes et le type usuel toute une série de degrés intermédiaires comme transition.

Évolution, durée. — A l'instar de tous les accidents de forme secondaire, les roséoles récidivantes sont spontanément résolutives. — En revanche, elles paraissent n'être qu'assez lentement résolutives. J'en ai observé plusieurs, en effet, qui, au dire des malades, dataient déjà « de plusieurs semaines, de deux mois et plus ».

En général, elles cèdent rapidement à la médication spécifique (celles de forme circinée, cependant, sont parfois quelque peu résistantes). En douze à quinze jours, au plus, le mercure en a raison, souvent même plus tôt encore (en dix jours, en huit jours). Sur l'un de mes clients, qui avait le droit de se dire « expert » en la matière, les multiples roséoles de retour qu'il avait subies s'étaient toujours dissipées « en quatre ou cinq jours » sous l'influence des pilules de proto-iodure.

Pronostic — Par elles-mêmes elles ne constituent, cela va sans dire, que des symptômes indifférents. Mais elles comportent un pronostic fâcheux d'un autre ordre, résultant de leur *effet moral*. Ce sont,

(1) On a dit que « les roséoles tardives ne sont rien autre que des *Syphilides nodulaires superficielles*, ce qu'atteste la dépression persistante qu'elles laissent à leur suite ». C'est là une erreur. J'affirme que les roséoles à récidives multiples dont il est question pour l'instant sont constituées par de simples érythèmes de forme absolument secondaire et qu'elles ne sont jamais suivies de la moindre dépression atrophique de la peau, du plus léger stigmate. Elles sont donc très différentes de la syphilide nodulaire superficielle, type authentique et très curieux, que j'aurai à décrire plus tard au nombre des dermatoses tertiaires. — Voy. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1895, p. 703.

en effet, des accidents qui, en raison de leurs récidives multiples, impatientent, inquiètent, découragent, voire *désespèrent* certains malades, et cela parce qu'ils constituent à leurs yeux un témoignage d'infection permanente, non curable, non accessible au traitement, destinée à « s'éterniser ». Nombre de fois j'ai entendu certains de mes clients ainsi éprouvés m'exprimer leurs doléances et leur chagrin à ce propos, en me disant : « Vous voyez bien, docteur, nous n'en finirons jamais avec cette maudite syphilis. J'ai beau faire tout ce que vous me prescrivez, j'ai beau me gorger de mercure, c'est toujours à recommencer. Me voici encore avec une nouvelle roséole, laquelle me prouve bien que je ne suis pas plus avancé dans ma guérison qu'au début de ma maladie, il y a quatre, cinq ou six ans. C'est à perdre courage, et je suis navré. »

Cependant ces inquiétudes et ces désespérances n'ont rien de légitime. D'une part, en effet, on vient toujours à bout de tels symptômes avec le traitement. Et, d'autre part, les manifestations de cet ordre ne comportent de pronostic fâcheux ni pour le présent ni pour l'avenir.

Pour le présent, l'évidence est patente. Car, presque invariablement, ces roséoles de retour servent d'expression à des syphilis *actuellement* bénignes, et souvent même leur servent d'expression unique au cours de plusieurs années.

Et, quant à l'avenir, rien ne démontre qu'elles constituent un présage défavorable. On ne les a pas signalées particulièrement, que je sache, dans les antécédents de syphilis à tertiarisme grave, et, pour ma part, je ne trouve que deux cas dans mes notes où elles aient été suivies de manifestations tertiaires (exostose dans un cas, et gomme pulmonaire dans l'autre). Je serais donc enclin à les considérer comme d'un pronostic plutôt *favorable* pour l'avenir ; ce dont je fais honneur, non pas à elles-mêmes, bien entendu, mais au long traitement motivé par la multiplicité même de leurs récidives.

Traitement. — Le traitement de ces roséoles à retours n'est autre que celui de tous les accidents spécifiques particulièrement rebelles et sujets à rechutes. C'est dire qu'il doit être *préventif* pour aboutir à devenir curatif. La méthode dite *opportuniste* (qui consiste, comme on le sait, à traiter les malades lorsqu'ils sont en cours d'accidents, pour ne plus rien leur faire dès qu'ils n'ont plus rien) trouve en l'espèce sa condamnation la plus flagrante. Car, de par expérience, elle n'a pour résultat que de laisser ces roséoles multiplier leurs récidives. La méthode *préventive*, au contraire, se présente ici avec bien d'autres garanties de succès, et c'est à elle seule, au nom de l'empirisme, qu'il convient de recourir. Comme toujours elle consistera en ceci : une série de cures intermittentes, séparées par des entr'actes de plus en plus longs.

On ne se bornera donc pas à prescrire la médication spécifique au

cours même des récidives. On la prescrira aussi *après* la disparition des accidents, et cela pour un temps toujours assez long, et cela *quand même*, j'entends en l'absence même de tout retour de l'exanthème roséolique.

J'estime qu'une série de cures spécifiques, échelonnées avec intermittences au cours des deux ou trois années consécutives à la dernière invasion de l'exanthème, n'a rien d'exagéré pour couper court définitivement à la récidivité singulière des accidents en question, non moins d'ailleurs que pour sauvegarder à d'autres titres l'avenir du malade.

C'est le *mercure* qui constitue en l'espèce le remède de choix, l'iodure n'exerçant sur les formes secondaires qu'une influence médiocre, incomparablement inférieure. — On le donnera à doses moyennes, lesquelles sont généralement suffisantes. Je me suis vu forcé cependant en quelques cas d'intervenir par des doses énergiques, presque intensives, pour en finir avec des roséoles obstinément récidivantes.

Peu importe, je crois, la modalité d'administration du remède. On réussit avec toute méthode (méthode par ingestion, frictions, injections), pour peu qu'on l'emploie avec persévérance. L'essentiel, c'est la longue durée d'un traitement méthodique et intermittent.

Dernier point. — Y a-t-il identité entre les exanthèmes roséoliques récidivants que je viens de décrire et ces autres exanthèmes roséoliques qui, se produisant à une époque avancée de la syphilis, ont reçu de moi le nom actuellement adopté d'*érythèmes tertiaires* et auxquels un de mes élèves, le Dr Brauman (1), a consacré une très intéressante étude ?

Certes, des raisons multiples et valables se présentent en faveur de cette identité. Ainsi, comme j'aurai à le dire plus tard, l'érythème tertiaire n'est, somme toute, au point de vue dermatologique, qu'une roséole et une roséole vraie, sans mélange d'autres éléments éruptifs ; — une roséole exempte de tous symptômes subjectifs, notamment de prurit ; — une roséole le plus souvent circinée, à la façon des roséoles de récidive ; — une roséole spontanément et intégralement résolutive, etc. — Entre lui et une roséole de récidive le diagnostic objectif serait impossible dans bon nombre de cas. Donc, pourquoi ne pas faire de ces deux types des variétés d'une même espèce morbide?

D'autre part, cependant, tout n'est pas identique entre ces deux types. D'abord, l'érythème circiné tertiaire se produit sans être relié à la roséole initiale par un chaînon de roséoles intercalaires. — Dermatologiquement, il se différencie des roséoles de récidive par deux points : 1° un nombre moindre d'éléments éruptifs, et 2° des éléments éruptifs généralement bien plus amples (cercles ou ovales mesurant

(1) *De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis*, par Jules Brauman, thèse de Paris, 1891.

6, 8, 10, 15, 16 centim. comme diamètre ou comme grand axe). — Il a, d'autre part, une évolution plus lente et une durée plus considérable. — Sa récidivité est moindre. — Enfin et surtout, il cède bien moins facilement au traitement spécifique ; souvent même il lui résiste avec une remarquable opiniâtreté.

Mais, à leur tour, ces dernières raisons sont-elles suffisantes pour séparer ce type éruptif des roséoles de récidive et en faire une espèce à part ? Vraiment il y a là matière à discussion.

La question, en somme, reste indécise et réclame un supplément d'enquête.

II

SECOND GROUPE : SYPHILIDES PAPULEUSES.

Ce groupe est le plus important de tous, et se recommande à notre étude pour deux raisons : parce que, d'une part, il est le plus riche en espèces et en variétés ; — parce que, d'autre part, toutes ses espèces, toutes ses variétés sont excessivement communes et comportent pour la plupart un intérêt diagnostique de premier ordre.

Échéance chronologique. — Les syphilides papuleuses composent pour une très large part les manifestations cutanées de la période secondaire, et cela du début aux termes extrêmes de cette période.

Tantôt, en effet, on les voit entrer en scène dès les premiers mois de l'infection, voire assez fréquemment comme exorde même de la période secondaire. Et tantôt, inversement, on les observe aux échéances les plus reculées de cette même période, c'est-à-dire après plusieurs années d'infection. — Il n'est même pas rare que certains de leurs types (comme la syphilide palmaire ou plantaire, par exemple) servent d'expression à ce que j'ai appelé la *syphilis secondaire tardive*, c'est-à-dire la syphilis se caractérisant encore, bien que vieillie et en pleine étape chronologiquement tertiaire, par des manifestations de formes cliniquement secondaires.

Constitution du genre. — **Papule élémentaire.** — *Modes éruptifs dérivés de la papule.* — Bien qu'assez différentes des unes aux autres comme aspect et comme physionomie générale, les formes éruptives multiples qui composent le groupe actuel n'en dérivent pas moins d'un élément commun, originel et primordial. Cet élément, c'est la PAPULE ; — la papule, c'est-à-dire, dans le langage et la classification de Willan, « une petite élevure de la peau, solide et résistante, ne renfermant pas de liquide, susceptible parfois de s'éroder à son sommet, mais se terminant par résolution » ; — la papule, c'est-à-dire, dans le lan-

gage anatomique actuel, une infiltration sèche, une néoplasie interstitielle et circonscrite du derme (1).

Les modifications ultérieures que peut subir dans son évolution

(1) Constitution histologique de la papule secondaire. — Un éminent histologiste, M. le Dr Balzer, a bien voulu me remettre la note suivante sur la structure de la papule syphilitique.

« La papule est l'élément éruptif type, fondamental, des syphilides. On la trouve à l'état de pureté dans la syphilide papuleuse lenticulaire, qu'il convient de choisir pour la description générale.

« Derme. — La papule est constituée par une lésion inflammatoire bien circonscrite du derme superficiel et du chorion papillaire. Il se forme là un *amas très dense de cellules*, amas présentant une forme discoïde, mais plus épais à son centre qui s'enfonce quelquefois en pointe dans les parties profondes du derme.

« Cette masse de cellules se groupe autour des vaisseaux, et forme autour d'eux des nodules plus ou moins larges. — Les *vaisseaux* eux-mêmes sont altérés; il y a à la fois *périvascularite* et *endovascularite*. — Suivant Unna, les cellules embryonnaires qui constituent les nodules périvasculaires sont dérivées de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif (Plasmazellen ou cellules plasmatiques). Parmi ces cellules embryonnaires se voient des cellules à plusieurs noyaux et même des cellules géantes. — A la périphérie des nodules on trouve les espaces lymphatiques et fréquemment des tractus de tissu conjonctif normal. Il est manifeste par cette disposition des nodules de cellules embryonnaires que *les vaisseaux ont été le point de départ de l'infiltration cellulaire.*

« Cette infiltration peut s'étendre à toute l'épaisseur du derme en suivant les vaisseaux; et, d'un autre côté, elle arrive jusqu'au contact de l'épiderme. — Le tissu conjonctif normal a disparu dans cette infiltration ; on ne le retrouve que çà et là à la périphérie des nodules périvasculaires. — Dans l'épaisseur de ceux-ci on retrouve aussi de minces fibrilles de tissu conjonctif qui séparent les cellules et contribuent à donner à la papule sa consistance ferme et son élasticité. — Le tissu élastique du derme s'est aussi considérablement raréfié; en certains points il disparaît même complètement.

« En résumé, *la papule syphilitique est constituée par une infiltration plus ou moins serrée de cellules embryonnaires qui se groupent en nodules autour des vaisseaux et se substituent à la trame conjonctivo-élastique du derme sous-papillaire.*

« La disposition générale de la lésion varie peu, quels que soient les rapports de la papule avec les glandes ou les follicules pileux, qu'il s'agisse de la papule lenticulaire, de la papule miliaire ou de la papule en nappe. Dans cette dernière, l'infiltration cellulaire est moins abondante ; les nodules y sont moins serrés, et présentent des espaces périnodulaires dans lesquels le tissu conjonctif est mieux conservé.

« Épiderme. — Dans la papule lenticulaire simple, les altérations de l'épiderme peuvent être nulles ou insignifiantes.

« Quelquefois, lorsque la papule est tendue par une infiltration cellulaire abondante, les bourgeons interpapillaires se trouvent effacés. — Quelquefois aussi la nutrition de l'épiderme est troublée, par suite de l'œdème; les espaces intercellulaires se dilatent, l'éléidine diminue dans la couche granuleuse, et la desquamation de la couche cornée est assez fréquente.

« Évolution. — Suivant Unna, qui a suivi par une série de biopsies la disparition de la papule, la disposition nodulaire de l'infiltration des cellules devient plus facile à reconnaître à mesure que la masse des cellules devient moins serrée. Les cellules plasmatiques qui constituent les nodules subissent une dégénérescence particulière qui précède leur disparition. Leur protoplasma devient vacuolaire et s'émiette en grumeaux, qui sont absorbés dans les cellules voisines et qui sont quelquefois entraînés par le courant lymphatique jusque dans les cellules de l'épiderme. Par suite de cette dégénérescence des cellules, les nodules périvasculaires deviennent de moins en moins volumineux dans la papule affaissée. Mais la disparition totale de l'infiltrat cellulaire demande beaucoup de temps, et *les traces des lésions persistent longtemps après la guérison apparente.* »

cette lésion originelle, la papule, constituent des *modes éruptifs* différents — différents comme aspect, mais non comme essence, — et légitiment, au point de vue descriptif, la division des syphilides papuleuses en un certain nombre d'espèces, de sous-espèces, de variétés, etc.

Rien de plus simple, d'ailleurs, que cette division, exclusivement basée, comme on va le voir, sur les caractères *objectifs* de la lésion. Ainsi :

1° La papule peut rester papule (au moins pour un certain temps) sans modifications de surface. L'éruption, dans ce cas, constituée par un certain nombre de lésions de ce genre, sera dite tout naturellement *Syphilide papuleuse*.

2° Lorsque la papule, au contraire, subira à sa surface un processus desquamatif, l'éruption prendra alors le nom de *Syphilide papulo-squameuse*.

3° Que la papule, au lieu de rester sèche, au lieu de se couvrir de squames, devienne humide à sa surface, érosive, excoriative, la forme d'éruption qui en résultera sera une *Syphilide papuleuse humide* ou *Syphilide papulo-érosive*.

4° Enfin, si la papule vient à se revêtir de croûtes, elle constituera une éruption dite *Syphilide papulo-croûteuse*.

Quoi de plus naturel qu'une telle classification, reposant sur des différences cliniques facilement appréciables, et traduisant ces différences par une série de dénominations empruntées aux symptômes mêmes qu'elle qualifie ?

PREMIÈRE ET SECONDE ESPÈCE : SYPHILIDE PAPULEUSE ET SYPHILIDE PAPULO-SQUAMEUSE.

A dessein je réunis ces deux espèces dans une description commune; car, d'une part, elles ne diffèrent entre elles que par un seul caractère, et, d'autre part, elles coïncident le plus souvent en clinique, réunies, associées qu'elles sont sur le même sujet.

Ce en quoi elles diffèrent l'une de l'autre, je l'ai déjà indiqué dans ce qui précède. La première consiste en des papules simples à épiderme intact, et la seconde en des papules à épiderme desquamant.

Or, la seconde n'est qu'une *variété d'âge* de la première; c'est la première devenue adulte, avec une simple modification de surface. Donc, l'une et l'autre peuvent être décrites conjointement sous le titre de syphilide papulo-squameuse.

Division. — La syphilide papulo-squameuse comprend des types éruptifs si nombreux et si variés qu'un exposé didactique en serait impossible si on ne les catégorisait en un certain nombre de groupes.

Or, tout naturellement et d'après un caractère majeur de physio-

nomie éruptive, ces divers types peuvent être répartis en quatre classes de la façon suivante :

1° Type à papules moyennes et de l'étendue approximative d'une *lentille*, constituant la **Syphilide papuleuse lenticulaire** ;

2° Type à *petites* papules, constituant, d'après le degré de réduction de ces papules, soit la **Syphilide papulo-granuleuse**, soit la **Syphilide papuleuse ponctuée** ;

3° Type à *grandes* papules, ou **Syphilide papuleuse nummulaire** ;

4° Type à papules transformées en larges *placards*, dit **Syphilide papuleuse en nappe**.

Spécifions la caractéristique de ces diverses formes.

I. — SYPHILIDE PAPULO-SQUAMEUSE LENTICULAIRE.

Type le plus commun et je puis dire aussi le plus caractéristique.

Échéance d'apparition. — Type généralement *précoce*, prenant place le plus habituellement dans les premiers mois de l'infection. — Quelquefois même type *initial*, inaugurant le début de la période secondaire, et cela sous deux formes, à savoir : forme de syphilide papuleuse exclusive, sans mélange d'autres éléments éruptifs ; — forme de syphilide papuleuse associée à la roséole. Ce qu'on voit alors, c'est une éruption composée à peu près mi-partie d'érythème et mi-partie de papules ; c'est, en quelque sorte, une roséole émaillée d'un plus ou moins grand nombre de papules.

Dire ce type précoce, c'est énoncer par cela même qu'il comporte les caractères propres aux syphilides de l'étape secondaire, ou, pour mieux préciser, qu'il consiste, comme celles-ci, en un exanthème profus, disséminé, éparpillé, voire généralisé quelquefois, et non assujetti à un groupement méthodique d'éléments éruptifs, etc. Tel il se présente, en effet.

Invasion. — La syphilide papuleuse lenticulaire est *successive* comme invasion. C'est-à-dire qu'elle procède par une première poussée d'un certain nombre de papules auxquelles d'autres, puis d'autres encore viennent s'ajouter, et ainsi de suite. Si bien qu'elle n'est jamais « au complet » avant un ou deux septénaires à dater de son apparition initiale. — Elle se compose de papules qui, originairement petites, s'élargissent excentriquement et n'atteignent leur croissance adulte qu'en quelques jours. — Enfin, comme la phase éruptive peut se continuer un certain temps, il est assez habituel qu'à un moment donné on trouve l'ensemble de l'exanthème constitué par des papules de divers âges.

Caractéristique objective. — A l'état d'éruption confirmée et adulte, la syphilide papuleuse lenticulaire est constituée par un nombre toujours assez considérable (une centaine en moyenne) de

papules élémentaires. Mais ce nombre est très variable suivant les cas, et tout est possible comme degré de confluence de l'exanthème. Ainsi tous les intermédiaires peuvent trouver place entre la forme discrète, réduite par exemple à une vingtaine, une trentaine de papules, et la forme confluente, voire ultra-confluente, qui crible littéralement la peau à la façon d'une variole.

Que sont les **papules** constitutives de l'éruption? Sommairement et d'une façon essentielle, elles consistent en ceci : de petites élevures cutanées rouges, orbiculaires et rénitentes. Mais telle en est l'importance qu'elles exigent une description plus détaillée.

Comme étendue de surface, elles peuvent être comparées à des lentilles, à de grandes lentilles, mesurant de 3 à 5 millimètres de diamètre.

Elles font relief, exhaussées qu'elles sont au-dessus du plan tégumentaire d'un demi-millimètre à un millimètre environ.

Mais elles sont exhaussées et plates tout à la fois, c'est-à-dire élevées de bords et plates de surface. En autres termes, à leur élevure de circonférence succède presque aussitôt une surface aplanie qui forme plateau. Ce sont donc, suivant le terme consacré, des *papules en plateau.*

Trois attributs en constituent surtout la caractéristique, à savoir :

1° *Configuration correctement orbiculaire.* — Presque toujours elles sont rondes, régulièrement circulaires et même si régulièrement en nombre de cas qu'on les dirait tracées au compas. Jamais plus qu'ici ne s'accuse la tendance des dermatoses syphilitiques à la forme cerclée, et l'on peut dire en l'espèce que cette correction géométrique n'est pas sans conférer un cachet de spécificité à de tels éléments éruptifs.

2° *Coloration d'un rouge sombre* et souvent d'un *rouge jambon.* — La papule commence toujours par être rosée; — puis elle se fonce de ton et devient rouge, d'abord d'un rouge franc, puis d'un rouge sombre.

Très souvent, encore, quand elle date déjà d'un certain temps, elle affecte la teinte rouge dite *maigre de jambon.* Si banalement appliquée à tant de lésions qui ne la méritent pas, cette comparaison est ici rigoureusement exacte, à ce point que ladite teinte, dans les cas où elle est bien accentuée, devient presque dénonciatrice.

Associée au signe précédent, cette coloration spéciale ne prend que plus de valeur, et l'on peut dire qu'une papule qui se présente, d'une part, avec une orbicularité parfaite et, d'autre part, avec la teinte jambon, est presque sûrement une papule d'ordre syphilitique.

Bien plus rarement, la papule vire à un autre ton rouge jaunâtre, qui est celui du *cuivre.* Très positivement il est des papules qui, brillantes, unies, vernissées, reflètent une nuance comparable à celle d'une lamelle de cuivre, d'une casserole; et disons de suite que cette

nuance n'est pas sans un réel intérêt diagnostique, parce qu'elle paraît presque exclusive à deux maladies, la syphilis et le psoriasis. Mais cette teinte cuivreuse est d'observation peu commune; le plus souvent d'ailleurs elle ne s'offre bien accentuée que sur quelques papules isolément, le gros de l'éruption conservant sa coloration habituelle.

Beaucoup plus fréquente en revanche est la teinte cuivreuse *provoquée*. Très souvent il suffit d'exercer une certaine pression avec le doigt sur une papule ou bien de tendre les téguments à sa périphérie pour la voir se décolorer et prendre pour un instant un aspect rouge jaunâtre rappelant tout à fait le ton du cuivre. On peut encore déterminer cette teinte cuivrée en comprimant la peau à l'aide d'une lamelle de verre un peu résistante (telle que celle qui, sous le nom de « porte-objets », sert aux examens microscopiques) et en observant alors la papule *par transparence*.

Soit dit incidemment, cette dernière expérience démontre bien la part considérable que prend la circulation sanguine dans la teinte des syphilides. Et elle n'explique pas moins un autre fait clinique qui doit trouver place ici, à savoir : la coloration foncée, vineuse, propre aux papules de certaines régions, par exemple des membres inférieurs. Presque constamment les papules des membres inférieurs se distinguent des papules d'autres sièges par une teinte beaucoup plus foncée, d'un rouge brunâtre, quelquefois même livide et presque violacé. Nul doute que la *déclivité* et souvent aussi l'*état variqueux* ne soient cause de cette modification particulière de coloration.

3° *Rénitence*. — Signe peu remarqué jusqu'ici, très appréciable cependant, et ne manquant pas d'une certaine valeur.

Si l'on vient à presser attentivement entre deux doigts une papule syphilitique en la saisissant à deux pôles opposés, non seulement on la sent ferme et rénitente, mais on perçoit dans son épaisseur quelque chose de dur, comme serait un infiltrat, un néoplasme, comme serait une *petite lentille insérée dans la peau*. Cette sensation rappelle à peu près celle du chancre foliacé ou même parcheminé.

Au contraire, une papule d'un autre ordre, une papule psoriasique par exemple, explorée de la même façon, ne fournit aux doigts qu'une sensation très différente d'épaississement de tissus, d'empâtement local, mais sans dureté véritable et surtout sans dureté circonscrite, sans dureté comparable à celle d'un ménisque d'infiltration.

En sorte que, *les yeux fermés*, on pourrait assez communément différencier par le palper seul une papule syphilitique d'une papule psoriasique. J'ai souvent fait, comme étude, cette expérience, qui ne m'a que rarement trompé.

Orbicularité, coloration rouge jambon et rénitence discoïde constituent souvent, en tant que témoignages de spécificité, une triade

presque caractéristique. Ce sont là, en tout cas, les signes majeurs de la papule spécifique.

Desquamation de surface. — A l'origine, la papule se présente recouverte de son épiderme, devenu luisant par la distension des tissus. Mais bientôt cet épiderme malade se fendille, se crevasse, se disjoint en menus lambeaux squamelleux. Et alors, deux aspects possibles :

Ou bien la papule se présente légèrement squameuse sur toute sa surface ; — ou bien elle ne prend l'aspect squameux qu'à sa circonférence et en forme de collerette, toute sa surface centrale restant lisse et unie. — Détaillons.

1° Dans le premier cas, ce qu'on voit est une papule rouge dont la surface est émaillée, semée de menus débris de squamelles grisâtres ou blanchâtres. Ces squamelles sont toujours peu abondantes, minces, ténues, demi-transparentes, de sorte qu'elles sont insuffisantes à masquer la coloration rouge des tissus sous-jacents. Le propre, en effet, de la papule syphilitique squameuse est d'être *pauvrement squameuse* ; et c'est même là, pour le dire immédiatement, un des meilleurs signes propres à la différencier de la papule psoriasique, laquelle au contraire est toujours surabondamment squameuse, chargée de débris épidermiques, voire parfois surmontée d'une véritable carapace de lamelles squameuses stratifiées.

Aussi bien dérive-t-il de là un autre signe dont le diagnostic différentiel fait le plus utile profit ; c'est le signe tiré du *grattage*, consistant en ceci :

Passez l'ongle sur une papule de psoriasis, vous y développez immédiatement une strie blanche, « micacée » ; — grattez la surface de cette papule, vous la transformez tout aussitôt en une tache blanche, soit plâtreuse d'aspect, soit plus souvent identique à la tache que fait une goutte de bougie tombée sur un vêtement (en langage dermatologique, signe de la « tache de bougie »).

Eh bien, grattez de même une papule syphilitique, vous y ferez bien apparaître quelques squamules, mais vous n'y développerez rien de semblable à la *strie micacée* ou à la *tache de bougie*, l'une et l'autre *presque* pathognomoniques du psoriasis.

2° Sous un second aspect, la papule se présente avec un centre lisse, uni, brillant, dépouillé de sa couche épidermique la plus superficielle, tandis que sa circonférence est constituée par un liséré blanc grisâtre, vestige de la cassure circulaire de l'épiderme. Cette bordure squameuse encadre la papule d'une sorte de frange qui, remarquée et signalée par Biett, a été longtemps considérée, sous le nom de « collerette de Biett », comme un caractère de spécificité. En réalité, elle ne comporte aucun sens séméiologique, parce qu'on la rencontre sur nombre de dermatoses papuleuses étrangères à la syphilis.

Ce qui tout au contraire est moins banal et bien autrement signi-

ficatif comme objectivité, c'est l'aspect de la zone centrale de la papule, remarquable à la fois et par sa coloration rouge brun ou quelquefois rouge jambon, et par sa surface tendue, lisse, unie, brillante au point qu'on la dirait presque en certains cas enduite d'un vernis luisant.

Distribution éruptive. — La syphilide papuleuse obéit à la règle habituelle des exanthèmes secondaires par la *dissémination* et l'*incoordination* réciproque des éléments qui la composent. A savoir :

Réserve faite pour la face dorsale des extrémités qu'elle respecte usuellement, elle se répand à peu près partout, sur le tronc, sur les membres, sur le cou, sur la face, sur le cuir chevelu, etc. Seulement elle a quelques sièges de prédilection où elle est volontiers plus confluente qu'ailleurs, telles que : la région dorsale ; — la nuque, près de la lisière du cuir chevelu ; — le front, où elle constitue une des variétés multiples de ce qu'on a appelé d'une façon plus pittoresque que clinique la *Corona Veneris* ; — le pourtour de la bouche, etc.

D'autre part, sur tous ces points, elle se montre éparpillée sans ordre, sans discipline éruptive ; et ses éléments, n'offrant les uns par rapport aux autres aucune coordination méthodique, semblent projetés comme au hasard sur les téguments.

Évolution, durée. — Une fois développée, la syphilide papuleuse reste sans modification pendant un certain temps, plusieurs semaines au minimum, quelquefois deux ou trois mois. Puis, elle entre dans ce qu'on appelle sa *phase résolutive*. Alors, ses papules s'aplatissent, s'affaissent, s'atrophient, se résorbent progressivement, se recouvrent d'un épiderme stable qui ne desquame plus. Finalement, elles passent à l'état de taches ou de *macules* brunâtres, qui persistent encore un certain temps, puis s'effacent. Et c'en est fait de la lésion qui disparaît de la sorte sans cicatrices et sans vestiges.

Cette évolution régressive est variable comme durée suivant des conditions multiples et diverses : conditions d'intensité morbide, conditions de traitement, conditions d'idiosyncrasies insaisissables, etc. La plus active de toutes ces influences, à coup sûr, est celle du traitement. Soumise au mercure, la syphilide papuleuse s'amende et disparaît en quinze jours, trois semaines, quatre semaines au plus tard ; — tandis que, abandonnée à son évolution propre, elle persiste au moins plusieurs mois.

Récidives. — C'est une des syphilides les plus sujettes à retours. — Mais, quand elle récidive, elle se présente presque invariablement sous des formes différentes de ce qu'a été son éruption de premier jet.

Ces *formes de récidive* se différencient généralement de celle que je viens de décrire par tel ou tel des trois caractères suivants, d'ailleurs souvent associés :

1° Elles sont *plus discrètes*, moins abondantes, moins profuses ;

2° Elles sont volontiers *régionales*, c'est-à-dire qu'au lieu de se

disséminer, de s'éparpiller sur tout le corps, elles se circonscrivent plus fréquemment à quelques points, se localisent sur certains départements cutanés ;

3° Elles tendent à la forme *groupée*, voire *méthodique*, c'est-à-dire se réunissent en foyers, en bouquets, dont les divers éléments se coordonnent les uns par rapport aux autres suivant certaines configurations (cercle, demi-cercle, segment de cercle, etc.) plus particulièrement propres aux syphilides d'un stade avancé.

La longue description que je viens de consacrer à la syphilide papulo-squameuse lenticulaire me permettra d'être plus bref sur les trois autres types qu'il me reste à présenter. Car ces trois types lui sont analogues, voire identiques comme fond, et n'en diffèrent que par des attributs secondaires de forme objective, lesquels cependant suffisent, comme on va le voir, pour conférer à chacun d'eux une physionomie quelque peu particulière.

II. — SYPHILIDE PAPULEUSE A PETITES PAPULES.

Malgré ma répugnance à multiplier les espèces dermatologiques (ce qui est un travers commun à nombre d'auteurs, travers qui, malheureusement, n'a fait que s'accroître de nos jours), je suis forcé par les exigences cliniques de distinguer ici deux sous-espèces, que je décrirai sous les noms de *Syphilide papulo-granuleuse* et de *Syphilide papuleuse ponctuée*.

1. — Syphilide papulo-granuleuse.

Synonymie. — Syphilide papuleuse miliaire; — lichen syphilitique.

I. — Comme constitution dermatologique, cette syphilide se différencie de la précédente par deux caractères, à savoir : volume moindre et caractère convexe de ses papules.

Dans la syphilide lenticulaire, les papules pouvaient, comme dimensions, être comparées à de grandes lentilles ; — ici, au contraire, moindres de volume, les éléments éruptifs ne sont assimilables qu'à une tête d'épingle, tout au plus à une *petite* lentille.

Dans l'espèce précédente, on avait affaire à des papules aplaties, en plateau. Ici, les papules, plus ramassées, plus globuleuses, se présentent *convexes*, saillantes, comparables à une tête d'épingle, à un grain de millet, à un grain de plomb, dont une moitié serait enchâssée dans la peau, l'autre moitié faisant relief au-dessus des téguments. Elles sont donc, comme on dit en langage technique, *papulo-granuleuses*.

Bien que de faible importance et surtout de médiocre intérêt au point de vue clinique, ces deux différences ne laissent pas d'établir

un réel contraste objectif entre la forme éruptive actuelle et celle qui nous a occupés en premier lieu. Objectivement, la syphilide lenticulaire et la syphilide papulo-granuleuse constituent deux modalités dermatologiques très dissemblables.

II. — Ajoutons que le contraste est rendu plus complet encore par un caractère d'un autre ordre, à savoir : le degré de confluence. Règle générale, la syphilide papulo-granuleuse est infiniment *plus confluente* que la syphilide lenticulaire, ce qui naturellement confère aux deux éruptions des physionomies très différentes. — Du reste, soit dit par avance, c'est une loi en dermatologie spécifique que le nombre des éléments éruptifs soit toujours en raison inverse de leurs dimensions de surface.

Mais, à cela près, la syphilide papulo-granuleuse ne fait que reproduire les particularités objectives de la syphilide lenticulaire. Je ne reviendrai donc pas sur des détails descriptifs minutieusement étudiés dans ce qui précède et me bornerai à spécifier seulement les trois caractères par lesquels, au total, ce second type se différencie du premier, à savoir : volume moindre de ses papules; — relief granuleux de ces mêmes papules ; — et confluence éruptive bien supérieure.

III. — Cette variété de syphilide est généralement assez tenace. La règle est qu'elle se montre plus ou moins indocile à l'action du mercure, qui n'en vient à bout que lentement et péniblement. Il n'est pas rare qu'elle dure plusieurs mois, voire davantage. Le Dr Balzer dit l'avoir vue persister sur une de ses malades de Lourcine, et cela en dépit d'un traitement énergique, « pendant plus de dix-huit mois ». Ce dernier cas toutefois doit être considéré comme tout à fait exceptionnel.

IV. — *Diagnostic*. — **Lichen plan.** — Un diagnostic différentiel de haute importance pratique se présente à discuter ici. Il concerne le lichen plan.

Bien qu'il ne soit pas très rare, le lichen plan (*lichen ruber planus, lichen de Wilson*) ne s'est guère vulgarisé jusqu'à ce jour. Il est resté et reste encore une entité connue seulement des dermatologistes. Aussi bien donne-t-il lieu, en pratique, à des méprises courantes, habituelles. J'aurais, pour ma seule part, plus d'une vingtaine de cas à relater où il a été indûment imputé à la syphilis.

Il est bien fait d'ailleurs, j'en conviens, pour prêter à une telle confusion. D'une part, il se rapproche étrangement comme allure, comme physionomie, de la syphilide à petites papules, en ce qu'il consiste, comme elle, en une éruption disséminée, éparpillée, constituée par une multitude de papules exiguës de dimensions, arrondies, rosées, pauvrement squameuses, etc. D'autre part et surtout, il comporte deux particularités essentiellement syphiloïdes, à savoir : 1° sa *terminaison maculeuse*, identique à celle de nombre de syphilides ; —

et 2°, plus spécialement encore, son *énanthème buccal* qui, tout en différant de l'aspect usuel des plaques muqueuses, n'en impose pas moins par lui seul le soupçon de spécificité. Bien souvent même, c'est ce dernier symptôme qui achève d'égarer le diagnostic. A preuve le cas d'un de nos confrères qui, affecté d'un lichen plan que lui-même et plusieurs médecins avaient longtemps pris pour une syphilide papuleuse, m'écrivait ceci : «... Tant que je n'ai eu que mon éruption, j'ai douté de ma syphilis (d'autant qu'à ma connaissance je n'avais jamais eu de chancre); car on peut toujours se tromper sur la nature d'une éruption. Mais, dès que je me suis vu *pris à la bouche*, je me suis dit : C'est fini; voici des plaques muqueuses buccales ; décidément, c'est bien la syphilis dont je suis affecté. »

Au reste, je dois l'ajouter, le diagnostic différentiel du lichen plan et de la syphilide papuleuse à petites papules est parfois difficile pour tout le monde, voire pour les dermatologistes de profession. Il est des cas où le lichen plan affecte de telles analogies objectives et autres avec la syphilide papuleuse que *tout le monde* a le devoir d'hésiter et le droit de suspendre pour un temps un diagnostic presque impossible. Qu'on en juge d'après une remarquable observation présentée par mon ancien chef de clinique, le Dr Wickham, à la Société de dermatologie (séance de février 1895).

Ce qui n'empêche cependant que, pour la grande majorité des cas, on n'arrive à différencier sûrement le lichen plan de la syphilide papuleuse en procédant à ce diagnostic de la façon suivante :

1. — Tout d'abord, on recherchera et l'on recherchera patiemment, minutieusement, les deux éléments qui servent de caractéristique objective au lichen plan et qui même en constituent des signes presque pathognomoniques, à savoir :

1° Les **papules miroitantes**, constituées, comme on le sait, par de petites surfaces plates, lisses, unies, brillantes (*shining*, disent les Anglais), et tout à fait remarquables précisément par cet aspect reluisant qu'on a comparé au reflet de la cire ou de la corne (*horny looking*) et qu'on s'est efforcé de traduire soit en donnant à ces papules les épithètes de « vitreuses », de « cireuses », de « vernissées », de « miroitantes à la façon du verre ou d'un corps recouvert de vernis », soit encore en baptisant le lichen plan du nom de « lichen à facettes ».

(Se rappeler que cette forme pure et initiale de l'éruption se modifie, s'altère et disparaît après un certain temps ; conséquemment, elle peut, à un moment donné, ne plus être perceptible que sur des îlots où l'exanthème est encore assez jeune, c'est-à-dire sur les derniers venus des placards éruptifs.)

2° L'**agmination en mosaïque, en carrelage.** — Assez souvent les papules du lichen plan se groupent au voisinage les unes des autres, deviennent polygonales par pression réciproque, et forment ainsi

une surface qui, parcourue par les sillons limitatifs de ces diverses papules, prend un aspect *quadrillé* et donne à l'œil l'impression d'un carrelage ou, mieux encore, d'une mosaïque.

Cet aspect confère à l'éruption une physionomie pittoresque et spéciale, qu'on ne rencontre guère dans aucun autre exanthème. Bien accentué, il devient tout à fait caractéristique.

II. — Un second élément diagnostique pourra être fourni par les *maculatures pigmentaires* de l'étape régressive des papules.

Il est bien vrai que ce signe est commun aux deux maladies. Mais la pigmentation terminale se présente d'une façon très différente dans l'une et dans l'autre. Dans la syphilis, elle affecte *d'ensemble* et *au même moment* tout le groupe éruptif. Dans le lichen, inversement, elle procède *par îlots* et *d'une façon successive*. Le lichen, en effet, étant par excellence une éruption successive qui s'entretient par une germination presque incessante d'éléments papuleux, la pigmentation terminale observe l'ordre d'âge des papules, c'est-à-dire s'en prend d'abord aux plus anciennes, en respectant celles qui leur sont postérieures, et ainsi de suite; si bien qu'à un moment donné une partie seulement de l'ensemble éruptif se présente sous forme de macules brunâtres, tandis qu'une autre reste encore à l'état de papules rosées. Ce contraste ne laisse pas d'être significatif au point de vue du diagnostic différentiel et d'accuser le lichen de préférence à la syphilis.

Ne pas oublier d'ailleurs que la pigmentation terminale, qui est de règle pour le lichen, n'est qu'éventuelle et même assez rare dans la syphilide papuleuse, notamment dans la variété à petites papules.

III. — En troisième lieu, on consultera la qualité prurigineuse ou non prurigineuse de l'exanthème.

Presque toujours le lichen plan est *prurigineux*, à des degrés d'ailleurs très variables.

Inversement, la syphilide est *non prurigineuse*. — Les exceptions à cette règle ne sont pas rares cependant. La syphilide lichénoïde est même l'une de celles qui y dérogent le plus volontiers. On la voit parfois s'accompagner de démangeaisons plus ou moins accentuées, légères ou moyennes en général, susceptibles toutefois (comme dans le cas précité du Dr Wickham) d'atteindre une haute intensité.

IV. — On pourra encore trouver quelques éléments différentiels dans les *caractères objectifs* des papules.

Ainsi, les papules syphilitiques sont généralement plus importantes et plus saillantes que celles du lichen plan ; — plus régulièrement circulaires de contour ; — plus squameuses de surface, — plus résistantes sous le doigt, en raison de leur infiltration plus accentuée; elles ont « plus de corps », suivant l'expression consacrée ; — enfin, elles présentent moins de tendance à s'agminer, à se grouper en placards, etc.

Mais ce ne sont là que des différences du plus au moins, souvent même de simples nuances d'une appréciation délicate, sur lesquelles il serait imprudent d'établir un diagnostic différentiel.

v. — En revanche, le critérium par excellence, le critérium diagnostique résidera, comme d'usage, dans la notion des *antécédents* morbides et la constatation des *accidents contemporains*.

S'il s'agit d'une syphilide, on trouvera forcément, comme préludes à l'exanthème actuel, des antécédents spécifiques non douteux. En outre, presque toujours on constatera simultanément avec l'exanthème divers accidents spécifiques; d'autant que la syphilide en question relève de l'étape secondaire, époque où la syphilis est le plus prodigue en manifestations.

Inversement, avec le lichen plan, absence absolue (réserve faite pour la possibilité d'une coïncidence) d'antécédents et de symptômes actuels afférents à la syphilis.

Inutile d'ajouter une fois de plus que cette dernière considération devra primer toutes les autres et que c'est elle qui constitue la base même du diagnostic.

Le tableau suivant servira de résumé à ce qui précède.

Diagnostic différentiel de la syphilide lichénoïde et du lichen plan

LICHEN PLAN.	SYPHILIDE LICHÉNOÏDE.
I. — Deux signes presque pathognomoniques :	I. —
1° **Papules miroitantes**, en plateau, à surface lisse, unie, brillante. (Lichen à *facettes*.)	»
2° **Agmination en mosaïque**. — Agglomérats de papules en placards *quadrillés*; — papules polygonales, représentant un carrelage, une mosaïque; — papules à surface unie, vernissée, reluisante, miroitante. (Lichen à *facettes*.)	»
II. — **Maculatures terminales** :	II. — **Maculatures terminales** :
1° Constituant d'une façon constante la phase ultime de l'exanthème;	1° Non constantes; — éventuelles; — voire assez rares.
2° Envahissant l'éruption d'une façon successive; — et l'envahissant par districts, région par région.	2° Envahissant toute l'éruption d'un seul coup, à un même moment, et dans son ensemble.
d'où, comme conséquence, aspect *polymorphe* de l'exanthème qui, à un moment donné, est devenu maculeux sur quelques points, en restant rosé sur d'autres.	
III. — Éruption notablement *prurigineuse*, à des degrés d'ailleurs très variés; — en général, prurigineuse à un degré moyen.	III. — Éruption habituellement *non prurigineuse*; — quelquefois cependant prurigineuse à des degrés variés.
IV. — Éléments éruptifs constitués par :	IV. — Éléments éruptifs constitués par :

LICHEN PLAN (*Suite.*)	SYPHILIDE LICHÉNOÏDE (*Suite.*)
1° Papules plates, planes, *en plateau.*	1° Papules bien accentuées, *granuleuses*, convexes, saillantes, « en grain de millet ».
2° Papules irrégulières de contour, souvent angulaires et polygonales par contiguïté et pression réciproque.	2° Papules *circulaires*, souvent même correctement circulaires.
3° Papules initialement lisses, unies, à *épiderme intact* ; — plus tard, légèrement squamelleuses par brisure de l'épiderme.	3° Papules à sommet *squamelleux* ou *squameux*, parfois même couronnées d'une minuscule croûtelle.
4° Papules peu rénitentes, « sans corps ».	4° Papules *rénitentes* sous le doigt, ayant « du corps », en raison d'un néoplasme plus accentué que dans le lichen.
5° Papules ayant tendance à perdre leur individualité pour se grouper en placards.	5° Papules conservant le plus souvent leur individualité, n'offrant que peu de tendance à se grouper en placards.
V. — Pas d'antécédents de syphilis ; — et pas de symptômes actuels de syphilis (réserve faite pour l'éventualité d'une coïncidence).	V. — Antécédents de syphilis. Le plus souvent, coïncidence actuelle d'autres manifestations syphilitiques.

II. — SYPHILIDE PAPULEUSE PONCTUÉE.

Variété rare, dans laquelle les papules qui composent l'éruption deviennent tellement ténues qu'elles se réduisent aux proportions d'une minime saillie *punctiforme*. Ces papules naines constituent une éruption d'aspect tout à fait spécial, qui ne paraît pas avoir été suffisamment remarquée jusqu'alors et pour laquelle j'ai proposé, en vue d'appeler l'attention sur elle, la dénomination de *Syphilide papuleuse ponctuée*.

Cette variété se distingue surtout par les deux caractères suivants :

1° D'une part, ainsi que je viens de le dire, éléments éruptifs très atténués comme dimensions, composés de papules ponctuées, lesquelles rappellent assez exactement les petites saillies grenues de la « chair de poule ». Ces papules sont généralement couronnées à leur sommet soit par une minime squamule blanche ou grisâtre, soit par une très petite croûtelle brunâtre.

2° D'autre part, confluence excessive de ces papules ponctuées. On dirait que l'éruption tend à compenser la ténuité de ses éléments éruptifs par leur extraordinaire multiplicité. La peau est parfois littéralement *criblée* de ces papules rudimentaires, dont on compte jusqu'à douze et quinze dans l'étendue d'un centimètre carré, dont on compterait plusieurs milliers sur l'étendue d'une large surface telle que le dos.

La syphilide papuleuse ponctuée affecte certains sièges avec une préférence marquée : en première ligne, les régions dorsales; puis, les flancs, les fesses, les lombes et les membres. Je ne l'ai jamais rencontrée sur le visage.

III. — SYPHILIDE PAPULEUSE A GRANDES PAPULES.

Forme à coup sûr beaucoup moins commune que la syphilide lenticulaire, mais ne laissant pas cependant de se présenter à l'observation avec une certaine fréquence.

Exclusivement constituée par la grande étendue de ses papules ; étendue d'ailleurs variable et comportant, comme types, trois degrés : papules de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes (c'est le degré le plus commun) ; — papules de l'étendue d'une pièce d'un franc (degré déjà beaucoup plus rare); — papules géantes, atteignant ou même dépassant le diamètre d'une pièce de cinq francs (tout à fait rares).

Ces *grandes* papules ne sont guère que des papules lenticulaires amplifiées, vues à un certain grossissement. — Aussi bien se signalent-elles par quatre caractères qui ne sont, à vrai dire, que ceux de la syphilide lenticulaire exagérés :

1° *Orbicularité de contour.* — Presque toujours elles sont rondes et même fort souvent d'une circularité mathématique.

2° *Coloration d'un brun foncé*, parfois d'un *brun jambon.* — Cette couleur est d'autant plus apparente qu'en général ces grandes papules sont très pauvrement squameuses, dépouillées d'épiderme, et qu'elles offrent une surface lisse, tendue, unie, comme vernissée. Sous un tel aspect, c'est-à-dire avec la réunion de ces divers caractères d'orbicularité, de coloration brun jambon et de surface vernissée, il est vraiment impossible en certains cas de méconnaître la syphilis, voire du premier coup d'œil. Il n'est guère en effet que la syphilis pour réaliser des lésions de cet ordre avec la physionomie si spéciale que je viens de décrire.

3° *Rénitence de base.* — Ajoutez à cela que ces grandes papules présentent en général une véritable rénitence de base. En les palpant, on sent non pas seulement un simple épaississement de tissus, comme pour les papules psoriasiques, par exemple, mais une sorte de ménisque enchâssé dans la peau, ménisque rénitent qui, pressé entre deux doigts, s'infléchit à la façon d'une mince lamelle de carton. On les dirait positivement doublées, comme le chancre parcheminé, d'une fine carte de visite.

4° *Maculature terminale.* — Enfin, après résorption et guérison, ces grandes papules laissent presque toujours à leur suite ce qu'on appelle la macule de terminaison, macule d'un brun noirâtre, quelquefois fortement pigmentée et toujours assez longuement persistante.

A vrai dire, cette syphilide à grandes papules et surtout à papules géantes constitue moins une forme exclusive, ayant son individualité propre, qu'une forme associée à d'autres syphilides à papules moins

étendues. En autres termes, il est assez rare de rencontrer une syphilide uniquement composée de ces papules à grand diamètre. Dans la plupart des cas ce qu'on observe est ceci : un certain nombre de ces grandes papules coexistant côte à côte avec une éruption plus confluente de papules moyennes, lenticulaires.

IV. — SYPHILIDE PAPULEUSE EN NAPPE.

Forme rare, voire presque exceptionnelle, au sujet de laquelle quelques mots suffiront.

Sa dénomination la décrit. C'est, en effet, une variété de syphilide papuleuse qui, au lieu d'être constituée par des papules isolées, petites ou moyennes d'étendue, se présente au contraire sous forme de placards papuleux largement étalés sur les téguments et formant de la sorte de véritables *nappes* éruptives.

Elle se constitue suivant deux modes, à savoir :

Tantôt elle éclôt d'emblée sous sa forme définitive ; c'est-à-dire que primitivement, originairement, elle consiste en une éruption papuleuse étalée sur une surface tégumentaire plus ou moins étendue.

Tantôt, au contraire, et plus fréquemment, elle se produit *par coalescence*, c'est-à-dire par agmination d'éléments papuleux voisins qui, primitivement distincts et indépendants, aboutissent, par élargissement excentrique et empiètement réciproque, à se fusionner en un placard d'une seule teneur.

Dans l'un ou l'autre cas, ce qu'on observe est ceci : Des nappes papuleuses plus ou moins larges, mesurant environ comme diamètre 6, 8, 10, 12 centimètres, irrégulières de forme, sinueuses de contour, et présentant même assez souvent à leur périphérie un ou plusieurs segments de cercle, vestiges de leurs éléments primitifs.

Parfois, mais cela est plus rare, ces placards papuleux affectent des dimensions bien plus considérables, voire énormes, comparables à toute l'étendue de la main et susceptibles même de dépasser cette dimension. C'est dans les cas de cet ordre que la syphilide papuleuse en placards aboutit à couvrir toute une région, telle que la région génito-crurale (chez la femme spécialement), le pli interfessier, l'aisselle, le jarret, la face palmaire de la main, la face plantaire du pied, etc.

Comme exemple, je citerai le cas d'une de mes malades de Lourcine chez laquelle une syphilide papuleuse de ce genre couvrait toute la vulve, tout le périnée, une partie de la fesse gauche et tout le mont de Vénus. L'énorme nappe papuleuse constituée de la sorte présentait une teinte d'un rose sombre, virant au rouge sur quelques points ; elle était rénitente au toucher dans toute son étendue, notamment au niveau des grandes lèvres, qui, fortement tuméfiées, offraient au doigt la consistance du parchemin.

Comme teinte, comme saillie, comme état de surface, comme évolution régressive, cette syphilide en nappe ne diffère en rien des syphilides à papules isolées. Inutile donc de répéter à son propos ce que j'ai dit sur ces divers points à propos des formes précédentes.

Inutile de même d'ajouter que c'est le psoriasis dont elle se rapproche le plus en raison de ses grands placards, et cela jusqu'à pouvoir être confondue avec lui. De là un diagnostic différentiel que j'aurai plus tard à établir.

VARIÉTÉS PRINCIPALES DES SYPHILIDES PAPULEUSES.

Extrêmement nombreuses. Besoin est donc de les catégoriser pour un exposé méthodique. C'est ce que j'ai tenté de faire dans ce qui va suivre.

I. — *Variétés de développement.* — **Papules rudimentaires.** — **Papulo-tubercules.** — Telle que nous l'ont offerte les types étudiés jusqu'ici, la papule se traduit sous forme d'une élevure cutanée comparable à une lentille, faisant plus ou moins relief et fournissant aux doigts une sensation de rénitence lamelleuse.

Or, cette papule lenticulaire est susceptible de modifications en deux sens précisément opposés. Ainsi :

I. — Dans un premier groupe de cas, elle se présente tellement réduite, tellement atténuée comme lésion objective et palpable, qu'elle n'existe plus vraiment qu'à l'état rudimentaire. On la *devine* alors plutôt qu'on ne la perçoit des yeux et des doigts. C'est de la sorte que certaines syphilides papuleuses se produisent à la fois sans relief et sans rénitence. On ne les reconnaît que par un certain épaississement local des couches dermiques les plus superficielles et une rougeur desquamative de surface.

Exemple : Sur un de nos malades, une syphilide papuleuse se traduisait au niveau du tronc et des membres par des papules lenticulaires de type commun, c'est-à-dire saillantes et rénitentes, tandis qu'à la verge elle ne consistait plus qu'en des taches presque absolument plates et souples, simplement rosées et squamelleuses.

II. — Inversement, il est d'autres cas où la papule se présente avec un développement exagéré qui la constitue presque à l'état de tubercule.

D'abord, dans cette forme, elle est généralement *large*, plus large que de coutume. — De plus et surtout, elle présente un *excès de volume* qui se traduit par un relief notable. — En troisième lieu, elle est *ferme* sous le doigt. — Ajoutons enfin, à un autre point de vue, que cette grosse papule a souvent tendance à s'excorier et à s'encroûter en surface, à la façon du tubercule.

Ce sont les lésions de cet ordre qui servent de transition entre la papule et le tubercule. Aussi bien, sans chercher à établir entre elles et le véritable tubercule une différenciation souvent impossible et d'ailleurs stérile comme résultat, les qualifierai-je simplement du nom de *papulo-tubercules*.

Du reste, les syphilides à grosses papules sont presque toujours (réserve faite pour les syphilis de forme maligne) des manifestations assez tardives, se produisant à échéances plus ou moins rapprochées de l'étape tertiaire.

II. — *Variétés comme état de surface.* — **Syphilides psoriasiformes.** — Au lieu d'être ce qu'elle est en général, c'est-à-dire véritablement minime, la desquamation de la syphilide papuleuse peut devenir plus ou moins abondante, et cela à deux degrés.

1° Dans un premier degré, la surface de la papule apparaît partiellement recouverte, surtout dans sa partie centrale, de minces squamules grisâtres ou blanchâtres, les unes adhérentes, les autres en voie de décollement. Parfois même toute la papule, à la réserve d'une fine zone périphérique, est entièrement masquée par une lamelle épidermique blanchâtre. — Cette lamelle est caduque, c'est-à-dire se détache et tombe de temps à autre pour se renouveler une série de fois. (Soit dit au passage, c'est la cassure circulaire de cette lamelle qui constitue au pourtour de la papule la trop célèbre « collerette de Biett » dont il a été question précédemment.)

Déjà, à coup sûr, ce premier degré de desquamation confère aux éléments éruptifs une indéniable ressemblance avec ceux du psoriasis. D'où le nom de « psoriasis syphilitique » souvent donné à cette forme morbide, nom détestable, auquel celui de *Syphilide psoriasiforme* doit être substitué.

Ce premier degré d'apparence psoriasique est assez commun. Le second, au contraire, dont il me reste à parler, est tout à fait rare.

2° En quelques cas, la desquamation qui se fait à la surface de la papule syphilitique devient abondante, voire surabondante. Il est même possible qu'en se stratifiant elle produise une véritable incrustation d'un demi-millimètre à un ou deux millimètres d'épaisseur. On trouve alors la papule revêtue et surmontée par des croûtes blanches, absolument blanches, adhérentes, constituant une véritable carapace quasi-plâtreuse aux surfaces morbides sous-jacentes.

Dans cette forme, il n'est pas à le nier, l'éruption revêt décidément l'aspect, la physionomie du psoriasis, comme en témoignent plusieurs beaux spécimens déposés au musée de l'hôpital Saint-Louis. Impossible de ne pas prendre le change en pareil cas; impossible de ne pas diagnostiquer psoriasiques au premier coup d'œil, comme après examen prolongé, des lésions dont la spécificité syphilitique n'est vraiment possible à établir que par l'interrogatoire du malade et les

signes rationnels. Ici, donc, je le répète, l'objectivité est absolument trompeuse.

III. — *Variétés de configuration.* — SYPHILIDES PAPULEUSES CIRCINÉES. — Les variétés de cet ordre sont extrêmement multiples. Ce serait œuvre puérile que de s'évertuer à les classer ; j'essaierai simplement de les énumérer dans un ordre méthodique.

1° **Syphilides annulaires.** — Constituées par des anneaux papuleux très régulièrement circulaires, encadrant une portion centrale de téguments sains.

Ces anneaux offrent, comme moyenne la plus habituelle, le diamètre d'une pièce d'un ou de deux francs ; — quelquefois ils sont plus petits ; — rarement ils sont plus grands. — Leur zone papuleuse mesure comme largeur de 2 à 3, 4 ou, au plus, 5 millimètres. — Leur centre, c'est-à-dire la portion de téguments sains encadrée par l'anneau, est généralement comparable à une pièce de 50 centimes.

2° **Syphilides arciformes.** — Au lieu de figurer une zone circulaire, certaines syphilides papuleuses se bornent à décrire des traînées courbes représentant un segment de circonférence, c'est-à-dire un tiers, une moitié, les deux tiers d'un anneau, parfois aussi un arc de cercle à grand rayon.

Cette variété est extrêmement commune.

3° **Syphilide en arceaux conjugués.** — Assez rare ; — très bizarre de configuration et très significative par cela même.

Elle consiste en une série de demi-lunes ou de segments de circonférence qui s'anastomosent par leurs extrémités, de façon à figurer une suite d'arcades, d'arceaux, dont l'ensemble représente un feston.

Ce feston est formé par un simple liséré papuleux remarquablement mince, mesurant d'un à deux millimètres de largeur, légèrement squameux, rose gris, et quelquefois même plus gris que rose, en raison d'une fine poussière pityriasique qui le recouvre.

Cette syphilide singulière se rencontre presque exclusivement sur le visage, sur le cou, sur les épaules. Mais elle a par excellence un siège de prédilection essentiel à connaître, à savoir le *pourtour de la bouche.* C'est là qu'on l'observe neuf fois sur dix, soit sur la lèvre supérieure, soit sur la lèvre inférieure, près des commissures buccales, soit enfin au niveau du menton. Et, quand elle se présente là avec les caractères que je viens de spécifier, elle constitue, je puis dire, en raison de sa physionomie étrange et tout à fait particulière, un témoignage irrécusable de syphilis. Il n'est pas, en effet, de dermatose qui réalise, sur ce siège, un graphique de ce genre.

4° **Syphilide en spirale.** — Forme tout à fait exceptionnelle, dont un bel exemple est déposé au musée de Saint-Louis, dans ma collection particulière. — Elle consiste en ceci : Un ruban papuleux s'en-

roulant sur lui-même, de façon à décrire le graphique d'une spirale, d'une hélice, d'une ammonite.

5° **Syphilides circinées concentriques.** — Constituées par une série de cercles ou de segments de cercle qui s'inscrivent parallèlement les uns aux autres autour d'un centre virtuel commun.

Une variété pittoresque de cette forme est la *Syphilide en cocarde*, composée, à la façon d'une cocarde, par trois zones concentriques, à savoir : un centre papuleux et rosé ; — une zone moyenne de téguments sains ; — une zone périphérique, représentée par un anneau papuleux.

Une autre variété non moins curieuse est la *Syphilide arciforme concentrique*, formée par trois, quatre, voire cinq segments de cercle parallèles, inscrits les uns dans les autres (1).

6° **Syphilides circinées à centre maculeux.** — Les syphilides annulaires arciformes, polycycliques, etc., présentent assez souvent la particularité suivante qui leur confère une physionomie vraiment spéciale. La portion de téguments comprise dans leur courbe papuleuse, au lieu de conserver la teinte de la peau saine, prend une coloration foncée, brunâtre, bistrée, fortement maculeuse et même presque noirâtre en certains cas. De sorte que la lésion apparaît *bicolore*, sous forme d'un anneau papuleux et rosé servant de cadre à un centre noirâtre.

IV. — *Variétés de groupement éruptif.* — On sait déjà, par ce qui précède, que les éruptions papuleuses de la syphilis se présentent sous des formes différentes, suivant qu'elles interviennent à des étapes jeunes ou tardives de la période secondaire. Précoces, elles sont profuses, disséminées et disposées sans méthode ; — tardives, elles sont, au contraire, relativement discrètes, régionales, *coordonnées*, c'est-à-dire assujetties à une certaine discipline éruptive. Ce dernier point de vue est celui qui va se trouver en cause pour l'instant.

Les syphilides papuleuses d'une étape un peu avancée de l'infection affectent assez fréquemment tel ou tel des trois types suivants :

1° **Syphilide papuleuse groupée**, dite encore **en bouquet.** — Dans cette forme, l'éruption, au lieu de se disséminer sur l'enveloppe cutanée d'une façon à peu près égale, se concentre au contraire sur diverses régions où elle se groupe en foyers. Chacun de ces foyers est composé d'une douzaine, d'une vingtaine, d'une trentaine au plus de papules, rapprochées les unes des autres comme des fleurs dans un bouquet.

Certaines régions sont plus que d'autres le siège de ces foyers de confluence. Citons comme telles : au premier rang, la région dorsale,

(1) Un très curieux spécimen de cette syphilide a été déposé par M. le Dr Hallopeau au musée de Saint-Louis (pièce n° 1604, Collection générale).

tout spécialement au niveau de l'omoplate ; — la nuque ; — le front et le cuir chevelu, etc.

2° **Syphilide à groupement circiné.** — Il est encore assez commun, mais à un degré moindre, que le groupement des papules se fasse suivant le mode circiné, surtout en demi-anneau, en segment de cercle, en croissant. — Un de nos malades, par exemple, portait sur la région de l'omoplate une douzaine de papules juxtaposées en demi-cercle et presque tangentes les unes aux autres, à la façon des perles d'un collier.

3° **Syphilide papuleuse en corymbe.** — Forme rare ; — mais très bizarre, et, comme quelques-unes des précédentes, tout à fait signi ficative en raison même de sa singularité.

C'est, d'abord, une éruption groupée, mais groupée suivant un mode tout spécial, à savoir autour d'une papule servant de centre commun, papule *majeure*, laquelle se différencie de toutes les autres par des dimensions plus amples et par une intensité supérieure de coloration. On dirait positivement, si la comparaison n'était bien ambitieuse, un système astronomique avec son soleil central (papule majeure) et ses planètes satellites (papules mineures). En tout cas, cette comparaison vaut mieux que celle du *corymbe*, qui, bien que consacrée, ne représente en rien la disposition éruptive en question.

V. — *Variétés de siège.* — Naturellement très nombreuses. Je ne ferai que signaler les principales.

1° **Papule à rhagade.** — Lorsqu'une papule se produit exactement sur un pli cutané, il lui arrive le plus souvent de se fendre au niveau même de ce pli. Elle se trouve alors divisée en deux segments que sépare une excoriation linéaire, une crevasse, une *rhagade*. Non traitée, cette rhagade ne manque guère de se transformer en un sillon ulcéreux qui, tiraillé par les mouvements de la région, persiste, s'étend, se creuse, et devient toujours le siège d'assez vives douleurs.

Ce petit accident s'observe surtout aux divers sièges suivants : commissures labiales ; — commissures palpébrales ; — sillon mentonnier ; — sillon auriculo-temporal ; — pli génito-crural ; — pli interfessier, etc.

2° **Syphilide papilliforme, verrucoïde, végétante.** — Petite, mais très intéressante lésion, ayant ses localisations propres et une physionomie spéciale.

Son lieu d'élection est le sillon naso-jugal. — Quelquefois aussi on la rencontre au sillon mentonnier, bien plus rarement à la commissure labiale.

Au niveau du sillon de l'aile du nez, elle consiste en ceci : D'abord, une papule en croissant, modelée sur le trajet du sillon naso-jugal,

papule très pâle, d'un rose gris, plate et à peine appréciable; — puis, au niveau même de ce sillon, production d'une traînée linéaire de petites élevures grenues, comme verruqueuses ou papillaires. Ces petites élevures sont ou bien granuleuses, semblables à des *grains de tapioca*, et ne dépassant pas au maximum le volume d'une très fine tête d'épingle, ou bien papilliformes, en languettes effilées de 2 à 3 millimètres de hauteur. — Elles sont grises, sèches, coriaces. On dirait un semis de petites végétations verrucoïdes, produit d'une hypertrophie papillaire.

Cette lésion *ne ressemble à aucune autre* et sera toujours facilement reconnue. Ricord, qui l'a décrite le premier, disait que « *sa* syphilide granuleuse des ailes du nez était un certificat de vérole ». A quelques réserves près, l'assertion du maître a été confirmée par l'expérience.

3° **SYPHILIDE PALMAIRE ET PLANTAIRE** (vulgairement **Psoriasis palmaire et plantaire**). — C'est là une syphilide essentielle à bien connaître, et cela à double titre : en raison de son excessive fréquence, et, plus encore, en raison de l'intérêt diagnostique *considérable* qui s'y rattache.

La SYPHILIDE PALMAIRE, que je décrirai tout d'abord, comporte quatre types qui doivent être envisagés séparément.

1. — **Type lenticulaire.** — Constitué tout simplement par une syphilide papuleuse lenticulaire de localisation spéciale et souvent *exclusive*. (Disons immédiatement, en effet, pour n'avoir pas à le répéter à propos de chacun des quatre types dont la description va suivre, que très fréquemment — surtout chez les sujets traités, mais encore insuffisamment traités — la syphilis se borne à affecter la paume des mains ou la plante des pieds sans se porter ailleurs.)

La lésion procède de la façon suivante: Comme début, apparition de quelques petites *taches* rosées, lenticulaires de dimensions et de forme, constituant une sorte de *roséole palmaire*; — puis, *papulation* de ces taches, c'est-à-dire exhaussement minime avec légère rénitence; — puis, *desquamation* de surface.

A l'état de complet développement, ce qu'on observe est ceci : A la paume de la main et quelquefois aussi à la face antérieure des doigts, semis de petites papules squameuses; — papules comparables comme étendue moyenne à une pièce de vingt centimes (quelquefois un peu plus petites, et quelquefois un peu plus grandes); — généralement arrondies; — légèrement rénitentes; — sèches et âpres au toucher; — variables d'aspect suivant l'état de surface, c'est-à-dire grisâtres et squameuses, si la desquamation est encore adhérente, et, au cas contraire, rougeâtres, avec bordure constante d'une collerette d'épiderme décollé.

Généralement on compte 4, 5, 6 de ces éléments dans la paume d'une main, parfois un peu plus (jusqu'à 8 et 10), mais parfois aussi seulement 2 ou 3, voire un seul.

II. — **Type en nappe** (*Psoriasis en nappe*). — Dans cette forme, au lieu de se diviser en papules lenticulaires isolées, l'éruption s'étale sur de larges surfaces et dessine sur la paume de la main des *plaques* irrégulières, plaques mesurant 2, 3 et même 4 centimètres de longueur sur une largeur également variable, et affectant volontiers une direction parallèle à celle des plis de la peau. Ces plaques sont sèches, rêches, âpres au toucher. Elles se présentent tantôt dépouillées complètement de leur épiderme, tantôt recouvertes par places de débris squameux, en tout cas toujours bordées par une collerette circonférencielle en voie de soulèvement. Elles offrent une teinte générale d'un rose sombre, avec semis d'îlots grisâtres correspondant à des segments d'épiderme décollés. Elles sont, de plus, parcourues çà et là par de fines stries blanchâtres suivant le trajet des sillons cutanés.

Quelquefois, mais plus rarement, la paume de la main est envahie sur une très grande étendue ou même presque en totalité par des plaques de ce genre.

III. — **Type circiné.** — Ce type comporte deux variétés.

1° Dans l'une, les papules restent indépendantes, mais se distribuent en demi-cercles, en croissants. On voit, par exemple, cinq ou six papules lenticulaires qui, sans se confondre, s'agencent les unes par rapport aux autres de façon à figurer un segment de cercle.

2° Dans l'autre, l'éruption prend la forme d'un *ruban continu* décrivant un trajet courbe, à savoir un tiers, une moitié, les deux tiers d'une circonférence. — Il n'est même pas très rare qu'elle figure dans le creux de la main deux ou trois arcades soit anastomosées, soit disjointes.

Ici prend place un fait singulier. On voit parfois une circonférence papuleuse qui a pris naissance sur la paume de la main poursuivre son trajet sur la face palmaire des doigts et l'y poursuivre de la façon la plus régulière *en sautant au même niveau d'un doigt à un autre*. Or, on conçoit une courbe pathologique se continuant sur un plan continu; mais une courbe se continuant avec une régularité mathématique sur des parties disjointes et indépendantes, telles que les doigts, cela, pour être vrai, n'en reste pas moins invraisemblable et échappe à toute interprétation.

Dans ses différentes variétés, la syphilide palmaire circinée constitue une manifestation généralement *tardive*. Elle ne s'observe guère, sauf exceptions rares, qu'à un âge de la diathèse bien plus avancé que celui où se produit la forme lenticulaire, relativement précoce.

IV. — **Type corné. — Syphilide cornée.** — Toujours les papules palmaires offrent au toucher une certaine rénitence, qui est celle

de l'infiltrat intra-dermique. Mais, en certains cas, cette rénitence s'accroît d'une étrange façon et dégénère en une véritable dureté. On croirait alors, en palpant une papule indurée de la sorte, avoir sous le doigt une sorte de *cor palmaire*, de calus, de disque de corne, de « tête de clou » enchâssée profondément dans la peau. D'où le nom de *syphilide cornée* sous lequel cette lésion est souvent désignée.

La dureté vraiment singulière que présentent parfois de telles papules résulte manifestement d'une double cause : d'une part, notable épaisseur de couches épidermiques stratifiées ; d'autre part et surtout, forte exubérance du néoplasme constituant la papule.

Telle est la syphilide palmaire dans ses différents types.

Son histoire clinique se réduit, pour la grande généralité des cas, aux symptômes objectifs que je viens de décrire. Et, en effet, c'est une manifestation d'essence indolente, aprurigineuse, n'éveillant autour d'elle aucune réaction.

Cependant, elle n'est pas à l'abri de *complications*, surtout au cas d'excitations surajoutées. Ainsi, chez les sujets qui exercent une profession manuelle (chez les blanchisseuses, par exemple, qui manient du matin au soir le fer à repasser, *a fortiori* chez les terrassiers, les hommes de peine, les manœuvres, les forgerons, etc.), les papules palmaires ou digitales se fendillent fréquemment au niveau des plis cutanés. Il se produit alors sur ces points de petites fissures qui, constamment entretenues par les mouvements, s'étendent et se creusent, se ferment et se rouvrent, se bordent de stratifications épidermiques épaisses et cornées, puis finissent par dégénérer en de véritables *crevasses* des plus gênantes, souvent même très douloureuses, pouvant mesurer un, deux, trois, et jusqu'à quatre centimètres de longueur.

Rien d'extraordinaire à ce que des accidents inflammatoires se mettent alors de la partie. La main, en ces conditions, se tuméfie, devient rosée, œdémateuse, lymphangitique, presque phlegmoneuse, en tout cas absolument impotente et immobilisée de par le gonflement et la douleur.

SYPHILIDE PLANTAIRE. — La syphilide plantaire reproduit exactement la syphilide palmaire, à cela près de quelques particularités locales.

Elle siège le plus habituellement à la partie moyenne de la plante du pied, quelquefois au niveau des orteils, bien plus rarement au talon.

Ses plaques restent longtemps à l'état de simples taches, qu'on aperçoit ou même qu'en certains cas on devine plutôt, pour ainsi dire, à travers l'épaisseur des couches épidermiques. Elles sont beaucoup moins rouges, beaucoup plus pâles qu'à la main, d'un rose

gris en général ou d'un rose légèrement jaunâtre. Il n'est pas rare que, sur le bord interne du pied, elles offrent une nuance jaunâtre toute particulière, comparable à celle du cuivre jaune.

L'exfoliation épidermique de ces plaques se fait par lambeaux plus épais qu'à la main, ce qui est tout naturel, vu l'épaisseur considérable de l'épiderme en cette région.

La lésion ne se complique que rarement à la plante du pied de ces fissures, de ces crevasses douloureuses qu'il est assez fréquent d'observer à la main ; ce qui s'explique encore par une raison très simple, l'absence de mouvements d'opposition et d'abduction comparables à ceux de la surface palmaire. Ces crevasses, en revanche, ne font presque jamais défaut lorsque l'affection occupe la face inférieure des orteils.

Au niveau des orteils, l'éruption se convertit presque toujours en une lésion humide, érosive, sécrétante, ce qui est dû au contact réciproque des parties, à leur état de moiteur habituelle, aux frottements, etc.

Enfin, au talon, qu'elle occupe parfois en totalité, voire en remontant jusqu'au tendon d'Achille, la lésion est remarquable par l'épaisseur et la résistance cornée de la carapace qui la recouvre. — La fissure est très rare en ce point; mais, quand elle s'y produit, elle se présente sous forme d'une large crevasse, ouverte en V, profonde, ulcéreuse, bordée de callosités extrêmement dures, douloureuse, persistante, et souvent assez rebelle au traitement.

Durée. — La syphilide palmaire ou plantaire est une lésion assez persistante. Traitée, elle demande plusieurs semaines au moins pour guérir; non traitée, elle subsiste plusieurs mois, une année, ou même davantage.

Sa durée, d'ailleurs, varie suivant sa forme ; elle est bien moindre pour les formes superficielles, qui ne font qu'effleurer le derme, pour ainsi dire, que pour les formes profondes et cornées. Elle est bien moindre également pour les formes précoces que pour certaines formes tardives dont j'aurai bientôt à parler.

Nature. — Caractéristique dérivant de l'originalité de localisations éruptives. — L'affection que je viens de décrire est usuellement représentée comme un symptôme *spécial* de syphilis, comme une syphilide spéciale entre toutes les syphilides. A preuve la dénomination particulière dont on lui fait honneur dans le langage médical courant, celle de *psoriasis* palmaire ou plantaire, dénomination détestable, soit dit incidemment, le psoriasis se trouvant ici absolument hors de cause. En réalité, ce fameux psoriasis palmaire ou plantaire n'a rien de spécial. C'est une *syphilide*, tout simplement, et une syphilide papuleuse, susceptible, comme toutes celles du groupe auquel elle appartient, de modalités éruptives diverses, modalité len-

ticulaire, modalité circinée, modalité en placards, etc. Donc, impossible de lui accorder une place *à part* dans le groupe des dermatoses spécifiques et surtout, comme on l'a fait, de l'élever au rang d'une entité morbide ayant son individualité propre.

Mais ce qui est vrai, à un tout autre point de vue, c'est que cette syphilide se recommande, s'impose à l'attention par certains attributs qui lui confèrent une physionomie propre et essentiellement distinctive. Ces attributs sont les trois suivants :

1° *Localisation exclusivement palmaire ou plantaire.* — Chose des plus curieuses, cette syphilide affecte sur la main et sur le pied une localisation exclusive. Elle n'intéresse jamais (sauf exceptions des plus rares) qu'un district de ces deux régions, à savoir :

La face *palmaire* de la main ou des doigts ;

Et la face *plantaire* du pied.

Et c'est là seulement, exclusivement là qu'elle se produit. Quant aux régions postérieures de la main ou du pied, c'est-à-dire à la face dorsale des doigts, des orteils, du métacarpe et du métatarse, elle ne s'y montre jamais. Pourquoi? Je l'ignore, et jamais explication plausible de cette singularité n'a été produite. Mais le fait est constant, indiscutable, indiscuté, et force est bien de l'admettre, quelque extraordinaire qu'il soit.

2° *Symétrie assez habituelle.* — Fréquemment (mais non pas obligatoirement) la syphilide palmaire et plantaire est symétrique, c'est-à-dire bilatérale. Quand on l'observe sur une main ou sous un pied, il y a de nombreuses chances pour la rencontrer également sur l'autre main ou sous l'autre pied. — Il faut reconnaître cependant que, pour un certain nombre de cas, l'affection reste unilatérale.

3° *Coïncidence assez fréquente de l'éruption sur les mains et les pieds.* — Certes l'éruption peut se porter isolément soit sur les mains, soit sur les pieds ; mais il est assez commun (surtout pour les formes précoces) qu'avec ou sans rapport de confluence et d'intensité éruptive elle affecte les mains et les pieds simultanément.

Les trois particularités que je viens de signaler constituent véritablement pour la syphilide palmaire et plantaire un ensemble clinique *spécial*, dont le diagnostic est appelé à tirer le plus utile profit. Combien peu de dermatoses, en effet, répondent à une telle triade symptomatologique! Aussi bien, avec une pointe d'exagération, a-t-on coutume de répéter qu'une éruption de cet ordre équivaut à « un certificat de syphilis ». Je me souviens que Ricord nous répétait fréquemment ce mot resté célèbre : « Le psoriasis palmaire ou plantaire, c'est le diagnostic vérole écrit dans la main ou sous le pied du malade. »

Échéances d'apparition. — La syphilide palmaire et plantaire est un de ces symptômes dont on peut dire qu'ils n'ont pas d'échéance fixe dans le calendrier de la vérole. Et, en effet, on la trouve en scène

à des étapes très opposées de l'évolution morbide. Le plus souvent, et de beaucoup, c'est un symptôme d'infection jeune encore, d'infection secondaire, c'est-à-dire des deux ou trois premières années de la maladie. Mais quelquefois aussi — et cela *beaucoup plus souvent* qu'on ne le croit en général, — c'est un symptôme tardif ou, pour mieux dire, un symptôme de ce que j'appelle la *syphilis secondaire tardive*. Ainsi, ce n'est pas un fait rare, tout spécialement chez les sujets traités, mais insuffisamment traités, de voir surgir une syphilide palmaire ou plantaire cinq ans, six ans, huit ans, voire dix et douze ans au delà du début de l'infection, conséquemment en pleine période chronologiquement tertiaire. Que dis-je même ! J'aurais à citer une douzaine de cas où j'ai vu des syphilides palmaires entrer en scène à des étapes tout à fait reculées de la période tertiaire, à savoir : 15, 16, 18, 19, 22, 24 et 31 ans après le début de l'infection ! C'est là un point sur lequel j'aurai à revenir ultérieurement.

A la vérité, ce ne sont pas les mêmes formes qui se produisent indifféremment à des étapes opposées de l'infection. La forme lenticulaire est celle des périodes jeunes ; la forme circinée et la forme en placard appartiennent en général à des périodes plus avancées.

Variétés digitales des syphilides papuleuses. — Deux variétés de syphilides papuleuses digitales méritent une courte mention.

I. — *Syphilides des plis articulaires digitaux.* — Il est absolument commun que, coïncidemment avec les syphilides palmaires, il se produise des lésions de même ordre sur la face *antérieure* des doigts, notamment au niveau des plis articulaires (plis phalangiens bien plus souvent que pli métacarpo-phalangien). Ces lésions ne sont rien autre que des papules de type lenticulaire, mais des papules modifiées de deux façons, à savoir : 1° Ce sont des papules elliptiques, allongées, effilées transversalement, mesurant environ un centimètre en ce sens sur quelques millimètres seulement de hauteur, offrant une teinte d'un rose pâle, et parcourues par une ou deux stries linéaires grisâtres, blanchâtres, squamelleuses, parallèles aux plis articulaires. — 2° Ce sont aussi, en raison de leur siège, des papules à *rhagade*. Très fréquemment (à moins que n'intervienne assez tôt un traitement topique approprié), leur épiderme se crevasse, se fendille, se casse au niveau des plis articulaires ; puis, il se produit là une fissure allongée, excoriative, saignante, laquelle, entretenue par les mouvements des phalanges, peut devenir douloureuse, voire très douloureuse, et se compliquer même parfois d'accidents inflammatoires.

— A noter encore, pour n'avoir plus à revenir sur ces petites lésions, les trois particularités suivantes :

1° Ces syphilides des plis articulaires digitaux peuvent exister *seules*, sans lésions analogues de la face palmaire et même sans aucune autre manifestation spécifique contemporaine.

2° Elles peuvent se réduire aux lésions les plus minimes. Ainsi, on les voit consister parfois en une simple *strie* presque linéaire, ne dépassant pas un millimètre verticalement sur une étendue de quelques millimètres dans le sens transversal. Cette strie est d'un gris cendré ou blanchâtre; elle figure une simple traînée squameuse au niveau du sillon articulaire. — Il serait vraiment impossible, sous cette forme *fruste*, d'accorder une signification quelconque à de telles vétilles et surtout de les rattacher à leur véritable origine, si l'on n'était éclairé par les antécédents du malade ou d'autres accidents contemporains. Aussi bien leur arrive-t-il fréquemment d'être considérées comme des lésions banales ou comme des « bobos sans importance » par les médecins qui n'ont pas une grande habitude de la dermatologie syphilitique.

3° Fréquentes au cours de la période secondaire, les syphilides des plis articulaires digitaux ne laissent pas d'être assez communes au delà. Il n'est pas rare de les observer, surtout isolées (j'entends sans autres manifestations actuelles), sur des sujets qui ont dépassé la quatrième, la sixième, la huitième année de leur syphilis. Elles figurent donc pour une place au nombre de ces accidents secondaires *déclassés* dont l'ensemble constitue la syphilis secondaire tardive.

II. — *Syphilide lenticulaire des extrémités digitales* (*Cors digitaux de la syphilis*). — Cette dernière variété, qui se rapproche très naturellement de la syphilide palmaire, mérite une mention spéciale en raison de son originalité de localisation et des erreurs auxquelles elle expose.

Rien de plus simple que les lésions qui la constituent. Ces lésions consistent en de petites papules, dont la particularité dominante est de siéger exactement et exclusivement sur la *pulpe digitale*, c'est-à-dire à la partie antéro-inférieure de la troisième phalange.

Très généralement une seule de ces papules occupe la pulpe du doigt, soit vers son centre, soit latéralement, soit (ce qui est plus rare) au voisinage du sillon sub-unguéal. Elle se traduit là par un très léger soulèvement épidermique, lenticulaire ou irrégulièrement arrondi, et d'un ton rose grisâtre. Elle s'accuse surtout au toucher par un épaississement circonscrit de la peau, avec ou sans desquamation de surface.

Habituellement, cette petite lésion se rencontre sur plusieurs doigts à la fois (3, 4, 5, 6); il est possible cependant qu'elle n'en affecte qu'un seul.

Elle est susceptible de variétés comme degré de développement.

A son degré le plus rudimentaire, elle se réduit à une simple tache de la peau, à peine rosée ou même identique comme teinte aux téguments ambiants, et simplement doublée d'une très légère rénitence superficielle du derme.

Dans son degré le plus élevé, elle constitue une papule véritable,

en plateau, de teinte grisâtre, dont le caractère essentiel est la *dureté*. Elle représente alors une sorte de petite verrue plate, un *durillon*, un *cor* de la région pulpaire du doigt. On ne saurait mieux la comparer qu'à ces épaississements dermiques que l'on observe parfois en cette région chez les musiciens qui jouent des instruments à cordes.

Lorsque cette syphilide digitale se produit en même temps que des syphilides palmaires ou autres, le diagnostic en est rendu facile par le seul fait de cette coïncidence. Mais souvent, fort souvent, elle existe *seule*, sans autres manifestations spécifiques, et c'est alors qu'elle expose à d'absolues méprises. On la prend pour ceci ou cela, notamment pour un durillon accidentel, sans y attacher d'importance et surtout sans en suspecter la moindre relation avec son origine réelle.

De telles méprises, au reste, ne se commettent que par ignorance du type spécial que je viens de décrire, type d'ailleurs assez rare et surtout ne s'observant guère à l'hôpital, où les malades ne viennent pas pour semblable misère. Tandis que, si on le connaît, si on l'a en souvenir, ses seuls caractères d'objectivité le révéleront aussitôt pour ce qu'il est.

— Deux remarques compléteront ce qui a trait à cette syphilide lenticulaire digitale. Ainsi :

1° C'est souvent une manifestation plus ou moins tardive. Bien que secondaire d'aspect et susceptible de se produire à la période secondaire, il est assez habituel qu'elle n'entre en scène qu'à échéance plus reculée. Je l'ai constatée maintes fois sur des malades dont la syphilis remontait à cinq, six, huit années et au delà.

2° C'est une manifestation dont le traitement spécifique ne vient à bout que lentement, péniblement. Je l'ai vue résister pendant plusieurs mois au mercure, même administré à doses énergiques.

En revanche, le traitement topique (badigeonnages à la teinture d'iode, et applications de taffetas de Vigo, au moins pour la nuit) en favorise activement la disparition.

DIAGNOSTIC DES DIVERSES FORMES DE LA SYPHILIDE PAPULEUSE.

Facile pour la très grande majorité des cas, — et facile parce qu'il repose sur des considérations précises et décisives, que j'ai longuement étudiées dans ce qui précède et qu'il me suffira de résumer actuellement sous forme de tableau.

ÉLÉMENTS DIAGNOSTIQUES DE LA SYPHILIDE PAPULEUSE.

I. — **Signes rationnels.**

I. — Antécédents d'infection syphilitique récente.

II. — Vestiges possibles du chancre ou, plus sûrement, du bubon satellite.

III. — Coïncidence habituelle d'accidents syphilitiques secondaires (plaques muqueuses, croûtes du cuir chevelu, alopécie, adénopathies, etc.).

II. — **Signes d'objectivité.**

I. — Exanthème profus, disséminé, voire généralisé quelquefois.

II. — Exanthème apyrétique, aphlegmasique, aprurigineux.

III. — Exanthème à papules disposées sans coordination réciproque, sans discipline éruptive, sans méthode (sauf pour les cas d'une étape avancée).

IV. — Exanthème à papules attestant généralement leur spécificité de par ces quatre attributs :

1° Configuration arrondie et même, en nombre de cas, très correctement orbiculaire.
2° Coloration d'un rouge sombre, souvent d'un rouge jambon, quelquefois d'un rouge cuivré.
3° Papules pauvrement et partiellement squameuses.
4° Papules à rénitence spéciale et presque caractéristique.

Aussi bien, pour la grande généralité des cas, le diagnostic de la syphilide papuleuse se fait-il *directement* et de la façon la plus simple, la plus facile. On peut dire sans exagération que cette syphilide, 18 ou 19 fois sur 20, s'affirme par elle-même, de par ses caractères propres.

Cependant, ce n'est que justice de reconnaître qu'il n'en est pas toujours de la sorte.

D'abord, il est des cas où le diagnostic ne s'impose pas de par les seuls caractères objectifs. Il en est d'autres où la difficulté procède soit d'antécédents obscurs, voire d'absence d'antécédents, soit de coïncidences morbides, alors par exemple qu'on a affaire à un sujet à la fois syphilitique et psoriasique. Il en est d'autres encore où, pour des raisons aussi multiples que diverses, le diagnostic devient difficile, très difficile, parfois impossible même, et cela non pas seulement pour des médecins ou novices ou peu versés dans les études dermato-syphiligraphiques, mais pour les praticiens experts en ces sujets spéciaux. A preuve, entre vingt autres de même genre que j'aurais à citer, le cas représenté par une belle pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis portant le n° 1416 (Collect. générale). La lésion reproduite par ce moulage a fait longtemps l'objet d'examens et de discussions entre les six médecins de cet hôpital ; les diagnostics les plus divers (syphilis, psoriasis, lupus) ont été émis à son propos, tous avec des raisons valables, et le traitement seul a jugé en dernier ressort la qualité de l'affection.

Eh bien, voyons, à ne parler que des cas les plus communs, les plus usuels, quelles sont les difficultés qui peuvent surgir en pareille occurrence et donner lieu à confusion.

I. — **Psoriasis.** — A coup sûr la dermatose qui, dans quelques-unes de ses formes, se rapproche le plus de la syphilide papuleuse, c'est le psoriasis. Les cas abondent où le psoriasis à petites papules a pu être confondu avec cette syphilide ou réciproquement. Sur quelles considérations se base le diagnostic différentiel de ces

deux affections? — Le tableau suivant résumera les éléments de ce diagnostic.

SYPHILIDE PAPULO-SQUAMEUSE.	PSORIASIS.
I. — Éruption à *papules lenticulaires*, généralement *petites* ou moyennes, rarement importantes comme étendue.	I. — Éruption parfois composée exclusivement de petites papules (*psoriasis punctata*), mais plus habituellement constituée par des *papules de plus large diamètre*, souvent même par de véritables *placards*. En tout cas, association fréquente à la forme lenticulaire de papules d'une étendue plus considérable.
II. — Éruption à papules d'un *rouge brun* sombre, assez souvent d'un rouge *jambon*, quelquefois d'un rouge *cuivré*.	II. — Éruption à papules ou plaques *rosées*, d'un ton moins rouge et moins sombre.
III. — Papules *partiellement* et *pauvrement squameuses* (sauf exceptions assez rares), souvent même dépouillées et découvertes dans la plus grande partie de leur étendue. Squames toujours minces, petites, superficielles, grisâtres.	III. — **Desquamation caractéristique.** Éruption *abondamment*, voire *surabondamment squameuse*; — squames recouvrant toute ou presque toute l'étendue des papules et des placards. Squames larges, épaisses, superposées, stratifiées, blanches, formant à la papule un revêtement écailleux, quelquefois même une véritable carapace.

(D'où une physionomie spéciale à chacune de ces éruptions, souvent assez accentuée pour permettre le diagnostic différentiel du premier coup d'œil.)

IV. — Signes du « **coup d'ongle** » et de la « **tache de bougie** ».

Papules ne fournissant rien de semblable (si ce n'est comme ébauche) à ce que fournissent les papules psoriasiques sous l'influence du coup d'ongle ou du grattage.	Papules fournissant au coup d'ongle une strie blanche « micacée ». Papules fournissant au grattage une tache blanche, comparable à la tache produite sur les vêtements par la chute d'une goutte de bougie.

(Signes des plus pratiques, éclairant souvent le diagnostic en un clin d'œil.)

V. — Signe dit « du **saignottement** ».

Après arrachement artificiel de la squame, *pas de piqueté purpurin*, et *pas de suintement de sang*.	Après détachement artificiel de la squame, saignottement particulier de la papule dénudée ; c'est-à-dire apparition immédiate d'une série de petits *points purpurins* (qui ne sont autres que les têtes de papilles excoriées) ; puis issue d'un *minuscule suintement sanguin*.
VI. — Papules souvent *rénitentes* au toucher, donnant la sensation d'un néoplasme interstitiel, d'une lentille enchâssée dans la peau.	VI. — Papules sans dureté, n'offrant au plus qu'une sensation de léger épaississement du derme.
VII. — Jamais de localisations spéciales sur les genoux et les coudes. Parfois, localisations spéciales et presque caractéristiques sur : face palmaire des **mains**; face plantaire des **pieds**.	VII. — Localisations éruptives tout à fait caractéristiques au niveau de : face antérieure des **genoux**; face postérieure des **coudes**. Localisations encore particulièrement communes à la région sacrée et sur le cuir chevelu.

VIII. — Éruption de courte durée (relativement surtout à la durée longue et le plus souvent ultra-chronique du psoriasis).	VIII. — Éruption de **durée longue** et très souvent **chronique** ; — durée souvent caractéristique par elle seule.
IX. — Éruption rapidement modifiée et guérie par le **mercure**.	IX. — Eruption insensible à l'usage interne du mercure.
X. — Éruption précédée des symptômes usuels de la période primaire.	X. — Ni antécédents, ni symptômes contemporains de syphilis (sauf coïncidence d'infection spécifique).
Éruption fréquemment accompagnée de diverses manifestations syphilitiques d'ordre secondaire.	En revanche, antécédents de psoriasis, remontant parfois jusqu'à la puberté, jusqu'à l'enfance.

II. — **Exanthèmes syphiloïdes palmaires et plantaires.** — Ricord, je le rappelle, a dit : « Le psoriasis palmaire ou plantaire équivaut à la signature de la vérole sur la main ou sous le pied du malade. » Ce mot imagé, spirituel, a fait fortune, au point de passer à l'état d'axiome. Si bien qu'aujourd'hui il n'est plus permis d'avoir une éruption à la paume de la main ou à la plante du pied sans être de ce chef suspect de syphilis. Or, pour être vrai dans la grande majorité des cas, le mot de Ricord n'en comporte pas moins un certain nombre d'exceptions. Bien malheureusement pour le diagnostic, les choses ne sont pas aussi simples, et plusieurs maladies, sans avoir quoi que ce soit de commun avec la syphilis, réalisent des éruptions palmaires ou plantaires. Or, quelques-unes de ces éruptions affectent parfois une telle analogie, voire une telle identité de caractères objectifs avec la syphilide palmaire et plantaire, qu'il est souvent difficile, très difficile de les en différencier. Je dirai même, avec mon éminent collègue le Dr Besnier, que « les difficultés de ce genre n'existent guère que pour les dermatologistes et les syphiliographes de profession », car elles sont inconnues en dehors du petit camp des « spécialistes » ; d'où il suit que presque invariablement les exanthèmes syphiloïdes en question sont considérés comme syphilitiques sans discussion, puis, conséquemment, traités comme tels. C'est là ce que démontre l'expérience, et j'aurais pour ma seule part quantité de cas à produire où des malades ont été indûment réputés syphilitiques en raison d'éruptions palmaires ou plantaires simulant plus ou moins la syphilis à la vérité, mais n'ayant en réalité rien de spécifique.

Quels sont donc les exanthèmes palmaires ou plantaires non syphilitiques qui sont exposés à donner le change, c'est-à-dire à être pris pour des syphilides de même localisation ? Il en est au moins quatre, sur lesquels j'ai devoir d'insister en raison des regrettables erreurs fréquemment commises à leur sujet. A savoir :

1° **Exanthème arthritique palmaire.** — J'appelle ainsi une affection rare, restée innominée, et consistant en ceci : des placards rosés ou rougeâtres, occupant soit la région thénar, soit la région hypothénar, soit l'une et l'autre à la fois ; — placards lisses, ne des-

quamant jamais, aprurigineux, indolents. La rougeur est l'unique phénomène en l'espèce, mais elle constitue un phénomène permanent, rebelle. Nombre de sujets ne s'en inquiètent pas ; mais, pour d'autres, c'est là matière à souci, à préoccupation, et plusieurs fois j'ai été consulté par des clients qui voyaient là un « symptôme suspect », qui même (trois fois, d'après mes notes de ville) avaient été pour cela seul soumis à un traitement mercuriel.

Comment naît ce singulier symptôme et quel temps met-il à se développer, je l'ignore absolument. Ce que j'en sais, c'est qu'une fois constitué il persiste opiniâtrement en dépit de médications des plus variées, et qu'il peut durer au moins plusieurs années.

Quel est-il et d'où provient-il ? Pour l'avoir observé plusieurs fois sur des sujets très manifestement entachés d'arthritis, je crois être en droit de le considérer comme de nature arthritique. D'où le nom que je lui ai donné, en vue d'attirer l'attention sur lui.

En tout cas (et c'est là seulement ce qui est en cause pour l'instant), cette sorte d'exanthème simule ou peut simuler d'une étrange façon une syphilide en placard, soit avant, soit après desquamation ; à preuve les erreurs précitées. La confusion toutefois sera évitée de par l'*absence de toute desquamation* ; car, je le répète, l'épiderme reste indemne dans cet exanthème et ne subit jamais (au moins dans les cas que j'ai vus) la moindre exfoliation. — Je ne parle que pour mémoire, car cela va sans dire, de l'absence d'antécédents spécifiques.

En l'espèce, tout est de ne pas ignorer l'existence possible d'un exanthème palmaire indépendant soit de la syphilis, soit du psoriasis et de l'eczéma. Car, cela connu, le diagnostic sera bien vite et facilement établi.

2° **Psoriasis**. — Le psoriasis vrai détermine parfois sur les régions palmaires ou plantaires des lésions qui reproduisent trait pour trait les syphilides de siège correspondant, au moins dans l'un de leurs types, le type en nappe ; car, soit dit tout aussitôt, pour leurs trois autres types (types lenticulaire, circiné et corné) la confusion n'est pas à redouter et le mot de Ricord leur reste applicable.

Mais, si les analogies objectives peuvent exposer à méprise, le diagnostic sera bientôt restitué en la droite voie par les signes rationnels. Et, en effet, un psoriasis vrai, affectant la paume des mains ou la plante des pieds, se différenciera toujours facilement d'une syphilide de même siège par les deux considérations suivantes :

1. Coïncidence, sur d'autres régions que les mains et les pieds, de lésions psoriasiques de caractère non douteux. — Même en cas d'éruption très atténuée, fruste, on trouvera toujours quelques éléments psoriasiques épars çà et là, notamment sur les sièges dits d'élection (genoux, coudes, sacrum, cuir chevelu).

2. Antécédents de psoriasis ; — car il est absolument exceptionnel que le psoriasis entre en scène sous forme de localisations palmaires *exclusives* (1).

Sans parler même de l'absence d'antécédents spécifiques, les deux considérations qui précèdent suffiront à juger la question diagnostique.

Il n'y aurait vraiment d'embarras possible qu'au cas où le psoriasis et la syphilis séviraient en coïncidence sur le même malade, ce qui, nous en avons la preuve dans nos salles de Saint-Louis, n'est pas sans se rencontrer quelquefois. En pareille occurrence, reste le traitement seul pour résoudre un si délicat problème. — A noter qu'en l'espèce les injections de calomel constituent le critérium à la fois le plus sûr et d'action la plus rapide.

3° **Eczéma sec palmaire**. — Différencier de cette curieuse affection la syphilide palmaire ou réciproquement constitue à coup sûr et de l'aveu général un des diagnostics *les plus difficiles* de toute la dermatologie.

Qu'est-ce, d'abord, que cette affection? On n'en sait vraiment rien. Pour les uns, elle serait d'origine herpétique, et pour d'autres d'origine arthritique. Ceux-ci la considèrent comme une modalité de l'eczéma, ceux-là comme une localisation particulière de l'eczéma séborrhéique. Bazin en faisait une sorte de produit bâtard du psoriasis, du pityriasis et de l'eczéma, etc. On ne s'entend d'ailleurs pas mieux sur sa dénomination, car on la trouve décrite par divers auteurs sous les noms d'eczéma palmaire, d'eczéma sec palmaire, de psoriasis palmaire arthritique, d'arthritide psoriasiforme, de pityriasis palmaire, etc.

Quoi qu'il en soit, elle consiste sommairement en ceci :

Une dermatose intéressant les deux faces palmaires d'une façon symétrique et s'y cantonnant (quelquefois cependant, mais par exception rare, étendue simultanément aux deux faces plantaires) ; — s'étalant en nappe, avec des bords irréguliers et indécis ; — constituée par une suffusion rosée, d'un rose très pâle en général, et par une exfoliation épidermique squamelleuse, entretenue, permanente ; — indolente de nature, mais susceptible de complications éventuelles (fissures des plis cutanés, éraillures, rhagades), et devenant alors légèrement humide, partiellement suintante ; — comme évolution, enfin, dermatose extrêmement tenace, rebelle, chronique ; — pouvant guérir, mais essentiellement sujette à récidives.

En deux mots, desquamation palmaire à fond rosé et d'évolution chronique, voilà toute la maladie.

(1) On a pourtant cité quelques cas où le psoriasis vrai s'est localisé exclusivement sur les mains, au niveau de la région palmaire. — V., à ce propos, une très intéressante note de M. le Dr Darier, dans les *Annales de dermat. et de syph.*, 1896, p. 609.

Eh bien, cette dermatose est parfois absolument *identique*, comme physionomie d'ensemble et comme détails éruptifs, à la syphilide palmaire en nappe. A ce point que les médecins qui n'ont pas fait d'études dermatologiques ne manquent jamais de la considérer comme une syphilide, et que les spécialistes eux-mêmes, dermatologistes et syphiligraphes, ou bien s'y trompent comme tout le monde (ce qui n'est pas rare), ou bien ne consentent le plus souvent à formuler un diagnostic à son sujet qu'après examen mûri, approfondi, médité. Que d'erreurs en l'espèce ont été et seront encore signalées ! A n'en citer qu'une seule, j'ai été consulté il y a quelques années par un jeune homme de province qui, depuis deux ans, était soumis au mercure — et sans succès, cela va sans dire — pour une affection de cet ordre. On lui avait même formellement interdit le mariage, sous prétexte qu'il portait « un symptôme permanent de syphilis ».

C'est dire l'importance possible de telles méprises. Je discuterai donc ce diagnostic avec d'autant plus de soin qu'il n'a pas encore trouvé place jusqu'à ce jour dans les traités classiques de syphiligraphie.

I. — Mettons d'abord hors de cause une forme de l'affection qui ne saurait être confondue avec la syphilis et qu'il suffira de dénommer. C'est le *type plâtreux* de l'eczéma sec palmaire, consistant en ceci : d'une part, comme dans la forme usuelle, état rugueux et sec de toute la face antérieure de la main, avec teinte légèrement, très légèrement rosée ; — et, d'autre part (voici le symptôme essentiel, caractéristique), sur ce fond rosé, tous les plis palmaires et digitaux *teintés en blanc* et en blanc de la *couleur du plâtre*. On dirait positivement que le malade, après avoir manié du plâtre, s'est mal essuyé les mains et que *tous* les sillons de sa peau, depuis les plus grands jusqu'aux plus petits, sont restés incrustés d'une fine poussière d'un blanc mat, d'un blanc littéralement plâtreux. Un tel aspect est tout à fait spécial et significatif. — Passons.

II. — Mais il en est tout autrement pour les cas où fait défaut la particularité susdite, cas de beaucoup les plus communs. C'est à leur propos que surgissent ces difficultés majeures auxquelles je faisais allusion tout à l'heure. Voyons quels éléments peuvent en éclairer le diagnostic.

On a proposé comme tels les quatre considérations suivantes :

1. *Coïncidence possible avec l'eczéma sec palmaire de plaques eczémateuses situées sur d'autres points* (par exemple, sur l'avant-bras ou n'importe ailleurs). — Bon signe, assurément, mais signe faisant défaut pour la très grande majorité des cas.

2. *Symétrie invariable de l'eczéma palmaire*, la syphilide palmaire inversement restant limitée à une main pour un certain nombre de cas. — Remarque très juste, mais signe de bien restreinte valeur ; car la syphilide palmaire n'est-elle pas très souvent bi-palmaire ?

3. *Saillie des bords de l'éruption* dans le cas de syphilide palmaire, et *bords plats* au contraire avec l'eczéma. — Cette particularité, signalée par Elliot à la Société dermatologique de New-York, peut rendre service éventuellement, et j'ai souvenir d'en avoir profité quelquefois. Mais c'est là encore un bien petit signe et un signe essentiellement sujet à défaillance. Fort souvent, en effet, la syphilide palmaire se présente avec des bords plats et sans relief, à la façon de l'eczéma.

4. *Rénitence moindre de l'eczéma palmaire*, par opposition avec la syphilide palmaire très habituellement parcheminée, consistante, quelquefois même cornée. — Cela encore est vrai et bien observé. Mais, d'abord, la syphilide véritablement cornée n'est qu'une exception. Puis, s'il est indéniable, comme je l'ai souvent répété, que la syphilide palmaire soit plus *néoplasique* que l'eczéma, ce n'est là qu'un signe du plus au moins, susceptible même de dégénérer en une simple nuance difficilement appréciable et presque équivoque. On pourra s'y tromper.

En sorte qu'au total les quatre signes qui précèdent, tous éventuels et d'interprétation minutieuse pour quelques-uns, ne sauraient vraiment constituer les éléments d'un diagnostic sérieux. Ces éléments, il faut les chercher ailleurs.

Or, voici trois autres signes qui, en nombre de cas, seront plus sûrement utilisables :

1. *Généralisation intégrale de l'éruption squameuse à toute la surface palmaire et digitale.*

Il est des cas où l'éruption occupe non seulement la surface de la main, mais encore toute la surface antérieure des doigts. Or, une telle généralisation n'est pas rare pour l'eczéma et ne s'observe au contraire avec la syphilis que d'une façon très exceptionnelle. Très habituellement la syphilis, alors même qu'elle envahit toute la surface palmaire, se circonscrit, sur les doigts, aux plis articulaires et à la pulpe de la dernière phalange. Il est rare, tout à fait rare qu'elle s'étale sur les doigts en nappe continue, qu'elle les recouvre à la façon d'une peau de gant. Elle n'y constitue pas, en un mot, de nappe *intégrale*, comme le fait assez fréquemment l'eczéma.

2. *Tendance fréquente de l'eczéma à déborder latéralement la face antérieure de la main; — le propre de la syphilide, au contraire, étant de rester systématiquement antérieure.* — Signe de très haute valeur, absolument décisif en nombre de cas.

Il est certain, en effet, qu'assez fréquemment l'eczéma, au lieu de s'en tenir rigoureusement aux régions antérieures des doigts et de la main, déborde soit les phalanges sur leurs faces latérales, soit le métacarpe au niveau des régions thénar et hypothénar. Parfois même il fait des *placards dorsaux*, et cela soit sur les doigts, soit sur le métacarpe. — La syphilis, au contraire, moins expansive, se circons-

crit très exactement à la face antérieure de la main ; elle est *systématiquement* et *exclusivement antérieure*, et l'on peut dire exceptionnels les cas où elle déroge à cette règle.

Si bien que le seul fait, pour une éruption squameuse, de déborder latéralement la face palmaire ou, *a fortiori*, d'avoir des foyers dorsaux, contre-indique presque formellement la qualité spécifique de l'affection.

3. *Modalité de frontières éruptives.* — Le meilleur signe en l'espèce, à moins que l'amour-propre d'auteur ne m'abuse.

Deux alternatives possibles : Ou bien l'éruption se termine par un tracé de frontières net, précis, bien tranché, analogue en un mot à ce qu'est sur une carte géographique la frontière délimitative d'un pays. — Ou bien, au contraire, les frontières de la nappe éruptive sont mal limitées, indécises, sinueuses, brisées, interrompues çà et là, constituées par une sorte d'*archipel éruptif* dont les divers îlots sont séparés par des intervalles de peau saine.

Eh bien, dans le premier cas, c'est une syphilide palmaire dont il s'agit ; — et c'est un eczéma palmaire dans le second.

Tout au moins une forte présomption, sinon une certitude absolue, ressort de cette considération. Car, pour avoir scrupuleusement étudié ce signe sur un grand nombre de malades, je suis en mesure d'affirmer que, comme règle ne souffrant que peu d'exceptions, la syphilide palmaire se limite par une ligne de frontières nettement arrêtée, tandis que l'eczéma palmaire reste presque toujours plus ou moins indécis comme contour graphique, à la façon du reste des eczémas de tout siège.

Et j'ajouterai : Le signe en question prendra une valeur plus formelle encore, voire presque décisive, si à une délimitation précise de frontières s'adjoint une *configuration circinée*. En autres termes, si, d'une part, le graphique limitatif de l'éruption est bien net, bien arrêté, et si, d'autre part, il affecte la forme d'une arcade, d'une demi-lune, la syphilide est dénoncée par ce double caractère, et cela d'une façon presque formelle. Car l'eczéma n'a presque jamais une ligne de contour à la fois précise et circinée (1).

III. — Les trois signes que je viens d'étudier permettent, pour la grande majorité des cas, d'instituer avec sûreté le diagnostic différentiel de la syphilide palmaire et de l'eczéma sec de la même région. Il est des cas cependant où ils font défaut, comme il en est d'autres aussi où, sans faire défaut, ils restent vagues, mal formulés, frustes, au total insuffisants. Dans ces cas, le diagnostic en détresse n'a plus pour ressource suprême que de faire appel au critérium thérapeutique.

On prescrira donc le traitement spécifique. — Mais, ici, trois points à observer : 1° C'est le mercure qu'il faut mettre en œuvre, et non

(1) Voir cependant, au musée de l'hôpital Saint-Louis, une pièce de ce genre reproduite à titre de cas exceptionnel.

l'iodure de potassium, à peu près inerte contre la syphilide en question. — 2° Le mercure doit être administré à fortes doses (10 à 15 centigrammes de proto-iodure, 3 à 4 ou même 5 centigrammes de sublimé); car, au-dessous de telles doses, peu de succès à en espérer. — 3° Ne pas trop se hâter de juger l'effet du remède, et savoir attendre. Car, fort souvent la syphilide palmaire en nappe, alors surtout qu'elle dérive d'une syphilis déjà plus ou moins ancienne, se montre rebelle pour un temps au mercure, même prescrit à bonnes doses, et ne se laisse influencer par lui que lentement, péniblement, c'est-à-dire au prix de plusieurs semaines. Intensité de doses et persévérance sont les deux conditions essentielles du succès.

J'ajouterai qu'en l'espèce les injections de calomel constituent à coup sûr la médication la plus active, par conséquent aussi le critérium diagnostique à la fois le plus certain et le plus rapide.

Le tableau suivant résumera les éléments de ce diagnostic différentiel.

ECZÉMA SEC PALMAIRE.	SYPHILIDE PALMAIRE.
A. — Signes éventuels :	
I. — Coïncidence possible (mais rare) de *plaques eczémateuses d'autres sièges.*	I. — »
II. — Éruption presque constamment *symétrique*, c'est-à-dire bi-palmaire.	II. — Pour un certain nombre de cas, éruption mono-palmaire.
III. — Éruption à *bords plats*, sans relief de contour.	III. — Éruption présentant en général des bords en relief.
IV. — Éruption *sans rénitence* de base, souple.	IV. — Éruption en général plus néoplasique, plus rénitente, plus parcheminée que l'eczéma ; — quelquefois cornée.
B. — Signes plus communs :	
I — Éruption parfois étalée en nappe à *toute* la surface antérieure de la main.	I. — Éruption ne comportant presque jamais une généralisation intégrale à toute la surface antérieure de la main.
II. — Tendance fréquente à *déborder latéralement la face antérieure de la main* ; — parfois même, *placards dorsaux.*	II. — Éruption systématiquement et exclusivement antérieure.
III. — Frontières éruptives mal limitées, brisées, interrompues par des îlots de téguments sains.	III. — Frontières éruptives bien arrêtées, précises, à graphique net.
C. — Critérium thérapeutique :	
Nulle influence du traitement mercuriel.	Influence curative (et décisive au point de vue diagnostique) du traitement mercuriel.

4° **Exanthème palmaire de l'antipyrine.** — L'antipyrine, qui produit tant et tant d'éruptions extraordinaires, est susceptible d'en

réaliser une non moins bizarre et tout à fait *syphiloïde* d'aspect à la région palmaire.

Un de mes malades, anciennement syphilitique, a été affecté quatre fois d'exanthème palmaire quelques heures après ingestion de faibles doses d'antipyrine, médicament qu'il prenait en vue de combattre des accès de migraine. Quatre fois sur quatre l'exanthème s'est circonscrit systématiquement sur la face palmaire d'une main. Deux fois il s'est porté coïncidemment sur les organes génitaux (gland, verge et scrotum).

Invariablement l'exanthème consistait en ceci : au niveau du creux de la main et (pour une fois) du pli du poignet, plusieurs placards éruptifs, au nombre de cinq ou six ; — placards rouges, d'un rouge foncé, sombre, rappelant la teinte jambon ; — légèrement papuleux ; — à surface sèche ; — à épiderme intact tout d'abord et, plus tard, à épiderme devenant le siège d'une certaine desquamation ; — orbiculaires ou ovales ; — variables comme étendue depuis la dimension d'une amande ou d'une pièce de vingt centimes jusqu'à celle d'une pièce d'un franc ; — indolents et non prurigineux, etc. ; — bref, reproduisant d'ensemble et comme détails l'aspect de ce qu'on appelle le psoriasis palmaire syphilitique et, plus spécialement, du psoriasis syphilitique encore jeune, avant l'étape de desquamation.

De sorte que localisation et aspect objectif concourent en pareille occurrence à donner le change et à en imposer pour une syphilide palmaire.

Aussi bien, la première fois que j'ai eu à constater cette éruption sur mon malade, ai-je été absolument trompé. Et j'aurais encore abouti la seconde fois à une semblable erreur sans une minuscule particularité dermatologique qui, si insignifiante fût-elle, devint pour moi un trait de lumière. En effet, examinant avec soin les placards palmaires, je découvris au centre de l'un d'eux une toute petite, mais une indéniable *vésicule*, aplatie, à peine saillante, dont je parvins à faire sourdre une très fine gouttelette de sérosité en la piquant avec une épingle. Or, on le sait, jamais la syphilide palmaire ne présente d'éléments vésiculeux. Ma défiance éveillée par ce simple, mais important détail, j'ouvris une enquête étiologique sur les antécédents et ne tardai pas à être dûment éclairé sur la qualité de l'éruption (1).

Une méprise de cet ordre ne saurait être évitée, cela va sans dire, que si l'on a notion par avance de la possibilité d'une éruption palmaire dérivant de l'antipyrine. — Quelques particularités dermatologiques (par exemple, addition à l'exanthème d'un élément vésiculeux, comme dans le cas précédent) ou bien des localisations éruptives d'autres sièges (notamment sur les organes génitaux)

(1) On trouvera la relation complète de ce cas si curieux dans le *Bulletin de la Société française de dermat. et de syph.*, 1893, p. 175.

pourront éventuellement tenir en garde contre l'erreur. Mais, en toute évidence, c'est ici l'*enquête étiologique* seule qui est capable de déterminer le diagnostic, en révélant une ingestion d'antipyrine comme prélude prochain de l'éruption.

TROISIÈME ESPÈCE : **SYPHILIDE PAPULO-ÉROSIVE.**
(**Plaques muqueuses de la peau.**)

Comme son nom l'indique, cette troisième forme diffère des deux espèces précédentes en ce que ses papules, au lieu de rester sèches ou squameuses, sont au contraire humides, érosives, sécrétantes, à la façon des papules du tégument muqueux. Aussi les lésions par lesquelles elle se caractérise ont-elles reçu de certains auteurs le nom de *plaques muqueuses de la peau.*

Identiques comme aspect et comme caractères avec les syphilides des muqueuses, ces papules érosives cutanées seront décrites conjointement avec ce dernier groupe d'accidents. Je ne fais donc que les signaler ici à leur place.

QUATRIÈME ESPÈCE : **SYPHILIDE PAPULO-CROÛTEUSE.**

La caractéristique de ce groupe consiste en deux éléments :

1° Une *papule* qui sert de base à la lésion ;

2° Une *croûte* qui en constitue le revêtement.

La papule est ici ce qu'elle est ailleurs, ce qu'elle est toujours, à savoir : une infiltration circonscrite du derme, se traduisant par une saillie légère en forme de petit plateau.

La croûte est formée par la solidification d'un exsudat liquide issu de la papule.

La réunion de ces deux éléments justifie donc la dénomination de *syphilides papulo-croûteuses* imposée à ce groupe.

Les syphilides de ce genre sont à peu près calquées sur le type des syphilides papulo-squameuses, en tant que constituées par des exanthèmes généralement profus, disséminés, éparpillés, non assujettis comme distribution d'éléments à une discipline éruptive, etc. Inutile donc de répéter à leur propos ce que j'ai dit de ces dernières. Il suffira de déterminer ce qu'elles présentent de spécial, en tant que caractères propres.

Or, à ce point de vue, quatre remarques nécessaires :

1° Sinon toujours, au moins pour la grande majorité des cas, ce sont des *syphilides à petites* ou *très petites papules.* Il est infiniment plus rare que des papules larges et importantes aboutissent au processus d'incrustation ; ou bien, si elles y aboutissent, ce n'est générale-

ment que d'une façon tout à fait partielle et au niveau de leur centre.

Donc, dans cet ordre de syphilides, la croûte, qui forcément reste proportionnelle à la papule, n'est presque jamais que minime d'étendue, c'est-à-dire, pour préciser, comparable au diamètre d'une petite lentille, d'une tête d'épingle.

2° *Cette croûte n'est jamais que superficielle et superposée* à la papule, sans la pénétrer. Elle surmonte la papule, elle la couronne, mais sans y être insérée, sans y être enchâssée comme le sont d'autres croûtes dont je parlerai bientôt et dont le propre est d'être encadrées par les bords de l'ulcération sous-jacente. Aussi n'est-elle que peu adhérente et se détache-t-elle facilement.

3° Elle est toujours *mince*, très peu épaisse, au total sans importance clinique. C'est donc moins une croûte, à vrai dire, qu'une simple *croûtelle*, comparable à l'incrustation minime de l'herpès, de l'acné, tout au plus de l'impétigo bénin. Elle n'a rien d'analogue, par conséquent, aux grosses croûtes des syphilides tertiaires.

4° Enfin, détachée spontanément ou artificiellement, cette croûte ne laisse à nu qu'une surface dermique presque intacte, presque sèche, en tout cas non entamée, non ulcérée. Que si elle découvre après sa chute une abrasion des couches les plus superficielles du derme, du jour au lendemain cette insignifiante excoriation se trouve ou recouverte d'une minuscule croûtelle ou en voie d'assèchement desquamatif.

Ce dernier caractère est important, distinctif. Car il différencie les syphilides papulo-croûteuses des syphilides ulcératives qui, elles, attaquent le derme et masquent une plaie sous leurs croûtes. En l'espèce, au contraire, *pas de plaie sous la croûte*; rien autre qu'une désorganisation superficielle et presque insignifiante de la surface dermique, différant peu au total d'une desquamation. On pourrait même presque dire qu'en l'espèce la croûte n'est qu'une *desquamation croûtelleuse*.

Si bien, en définitive, que les syphilides papulo-croûteuses ne se séparent des syphilides papulo-squameuses que par un détail de physionomie, plutôt que par un caractère anatomique important. — Rien de plus à en dire.

Variétés factices. — I. — Le plus habituellement l'incrustation se produit sur la papule sans phénomène intermédiaire apparent. C'est-à-dire que la papule apparaît, puis que peu après sa surface se modifie insensiblement d'aspect, se ride, se ternit, durcit, et finalement se trouve recouverte d'une sorte d'enduit exsudatif qui par concrescence devient croûte ou croûtelle.

Mais, en d'autres cas, une lésion intermédiaire *figurée* s'interpose entre la papule et la croûte. Et cette lésion est constituée par la production, à la surface de la papule, soit d'une petite *vésicule*, soit d'une

pustulette, soit plus rarement d'une *pustule*. On voit alors, en autres termes, du sommet de la papule émerger un minuscule soulèvement déterminé par un exsudat liquide sous-épidermique. Et, de deux choses l'une : ou bien cet exsudat, restant à peu près transparent, constitue ce qu'on appelle une vésicule; ou bien, devenant trouble, purulent, il forme une petite pustule.

Or, on ne saurait croire ce à quoi a donné lieu ce minuscule, ce misérable épiphénomène de la papulation spécifique. Il a donné lieu à un véritable *morcellement* d'une unité pathologique cependant aussi simple que possible ; et cela, par la constitution d'une foule de prétendus « types dermatologiques » que, sous le couvert de nuances objectives d'ailleurs irrécusables, certains observateurs trop scrupuleux se sont efforcés d'introduire dans la nomenclature des syphilides. C'est ainsi que, pour spécifier des variétés d'aspect tout à fait subordonnées et secondaires, on a décrit :

Une syphilide herpétiforme ;

Une syphilide miliaire ;

Une syphilide varicelliforme (varicelle syphilitique) ;

Une syphilide vésiculeuse, vésiculo-eczémateuse, eczémateuse (eczéma syphilitique), vésiculeuse à base papuleuse, etc. ;

Une syphilide acnéiforme (acné syphilitique) ;

Une syphilide varioliforme ;

Une syphilide impétigineuse (impétigo syphilitique) ; — etc., etc.

Et j'en oublie.

Eh bien, il y a lieu, me semble-t-il, de réagir enfin contre une telle manie de divisions et de subdivisions à l'infini. En constatant et en relevant des différences vraies, mais minutieuses, méticuleuses, d'un type éruptif à un autre, on n'aboutit, à force de précision, qu'à enregistrer de *petits faits* sans importance, qu'à encombrer la science de détails stériles, qu'à hérisser la dermatologie syphilitique (comme on l'a fait pour la dermatologie commune) de difficultés factices qui en rendent l'étude seulement accessible aux spécialistes et parfaitement insupportable au gros public, c'est-à-dire à tout le monde.

Que l'on constate dans un type éruptif tout ce qui est à constater, c'est fort bien ; mais que l'on n'accorde pas à de simples différences de second ou de troisième ordre plus d'importance qu'elles n'en comportent, c'est encore mieux. Qu'importe en effet que la papule destinée à se recouvrir d'une croûte aboutisse à cette croûte par le mécanisme d'une exsudation insensible et non figurée, ou bien par un processus intermédiaire de vésiculation ou de pustulation ? Qu'importe que, pour un temps (d'ailleurs toujours éphémère, n'oublions pas cela), cette papule se soit ou non couronnée d'une vésiculette ou d'une pustulette ? Ce ne sont là que de *petits faits*, je répète le mot à dessein ; ce ne sont là que des apparences de détail et des apparences passagères, qui ne touchent pas au fond des choses, qui n'apportent

aucune modificatoin essentielle ni à l'éruption ni à l'évolution morbide, et, somme toute, restent sans intérêt.

Aussi bien, constater, d'une part, la *papule*, élément initial et fondamental, et, d'autre part, la *croûte*, aboutissant objectif de la lésion, me paraît suffire amplement aux besoins d'une nomenclature pratique. C'est dans cet esprit que je proposerai de réunir *en une seule classe* toutes les variétés dermatologiques constituées par les syphilides à papules croûteuses et de les qualifier, comme je l'ai fait ici, d'une dénomination unique, celle de **syphilides papulo-croûteuses**. De la sorte tomberaient dans un oubli mérité, pour le plus grand profit des étudiants et des médecins, une foule de dénominations et de synonymies qui n'ont fait trop longtemps qu'encombrer inutilement l'étude des syphilides.

II. — Cela admis en principe, je ne me refuse en rien à constater, comme tout le monde, certaines particularités objectives que présentent parfois les syphilides papulo-croûteuses, mais à la condition de ne pas élever ces différences de détail au rang de signes constitutifs d'espèces différentes. Ainsi, au passage, je signalerai les trois variétés suivantes, comme dignes de mention :

1° *Variété herpétiforme.* — **Syphilide herpétiforme**, dite encore **miliaire**, dans laquelle la papule (toujours petite) se couronne, à la façon de l'herpès vulgaire, d'une petite ampoule ou vésicule contenant une fine gouttelette de sérosité.

Cette vésicule n'a jamais qu'une bien minime importance dans le processus morbide, car elle est toujours éphémère. Elle se rompt très rapidement. Ce que l'on constate après elle, c'est ou bien un bouton papuleux dépouillé à son sommet et bordé d'une collerette épidermique grisâtre, ou bien une papule granuleuse surmontée d'une croûtelle brunâtre, sèche, adhérente, laquelle persiste sous cette forme un certain temps, puis tombe, en laissant à découvert une surface légèrement squamelleuse.

Mais, bien mieux que de tels détails qui passent souvent inappréciés, deux caractères majeurs, qui frappent l'œil et s'imposent à l'attention, confèrent à la syphilide herpétiforme un aspect spécial. A savoir :

1. *Ténuité* singulière des éléments éruptifs ;
2. *Confluence excessive* de ces éléments.

Ainsi : 1° La syphilide herpétiforme est composée d'éléments éruptifs remarquablement *petits*, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet tout au plus. Elle est donc ce qu'est l'herpès. Elle ne mérite pas moins, d'ailleurs et au même point de vue, la qualification de *miliaire* que lui ont donnée certains syphiliographes.

2° De plus, ses éléments éruptifs sont excessivement nombreux en

général. Quand ils occupent une région, ils la *criblent* littéralement, et c'est par centaines qu'on pourrait les y compter.

Ils sont le plus habituellement semés au hasard sur la peau, sans tendance à un groupement méthodique.

Ils occupent de préférence les membres et le tronc. Jamais, pour ma part, je ne les ai observés à la face, non plus qu'aux mains et aux pieds.

La syphilide herpétiforme se dissémine assez souvent sur plusieurs départements de l'enveloppe cutanée. D'autres fois elle se circonscrit à une région, sur une étendue plus ou moins limitée; mais cela est relativement rare.

C'est presque toujours un symptôme de la première ou de la seconde année d'infection.

2° *Variété acnéique* (**Acné syphilitique; syphilide acnéiforme, syphilide varioliforme, syphilide miliaire pustuleuse**, etc.). — Constituée, comme l'indique son nom, par une éruption boutonneuse, papulo-pustuleuse, ressemblant à l'acné vulgaire ou encore (mais bien plus rarement, voire exceptionnellement) à la variole.

I. — Comme l'acné vulgaire, elle consiste en de petites *saillies boutonneuses* hémisphériques, plus grosses que dans la variété précédente, à savoir du volume d'une tête d'épingle ou d'une moitié de pois; — offrant une teinte d'un rouge sombre; — dures à leur base; — surmontées à leur sommet par une *collection purulente minime* (1), laquelle soulève l'épiderme et dégénère après un certain temps en une *croûtelle* brune ou ambrée, mince, adhérente. — Cette croûtelle, enfin, recouvre une *érosion superficielle* du derme. — C'est là toute la lésion.

La phase régressive de l'éruption est tout aussi simple. La croûtelle se détache et le bouton s'affaisse. Reste une macule qui s'efface, puis une cicatricule légèrement déprimée, qui disparaît après un certain temps.

II. — La syphilide acnéiforme est presque toujours discrète. — Elle affecte comme sièges plus habituels la face, le cuir chevelu, le thorax, le dos et le cou.

C'est une forme d'éruption qui ne se montre qu'assez rarement isolée. Le plus souvent elle coexiste avec d'autres formes éruptives, notamment avec telle ou telle variété des syphilides papuleuses.

III. — Au point de vue diagnostique, deux méprises possibles : 1° avec l'acné iodique; 2° avec l'acné vulgaire.

(1) On a constaté dans ces petits abcès pustuleux la présence du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré. D'où l'on a conclu que la syphilide acnéique devait être une « lésion d'ordre septique ». (Burlando.)

Au contraire, d'après M. Balzer, le liquide exsudé dans les vésicules ou les pustules des syphilides vésiculeuses, acnéiques ou varioliformes, serait originairement *amicrobique*. Plus tard, seulement, il serait contaminé par des microbes venus de l'extérieur.

Pour l'acné iodique, on sera éclairé par le commémoratif spécial d'ingestion récente d'iodure (tout est d'y penser et d'interroger le malade à ce sujet).

Pour l'acné vulgaire, le diagnostic ressortira facilement des considérations suivantes :

1. L'acné vulgaire est constituée par une éruption essentiellement chronique, chronique par excellence, débutant souvent dans la jeunesse, pour se prolonger d'une façon presque indéfinie jusque dans l'âge mûr ;

2. C'est une éruption affectant avec une prédilection marquée certains sièges bien connus : le front, les épaules, le dos, la partie supéro-antérieure du thorax ;

3. C'est une éruption toujours composée d'éléments de divers âges, les uns en complet développement, les autres en voie de résolution, d'autres arrivés à l'état de cicatrices, etc. ; de là un aspect assez particulier de l'éruption comme ensemble et physionomie générale.

La syphilide acnéiforme, au contraire, est essentiellement transitoire et relativement aiguë ; — elle n'a pas de localisations aussi précises ; elle est plus disséminée ; — elle est moins inflammatoire et plus néoplasique d'allure ; — elle se compose d'éléments éruptifs de même âge, au même degré de développement ; — enfin et surtout elle coexiste presque invariablement avec des syphilides papuleuses d'autres formes.

IV. — Une mention particulière doit trouver place ici relativement à ce qu'on appelle la *syphilide acnéiforme du cuir chevelu.*

Cette syphilide est excessivement commune, et l'on peut dire même presque constante dans les premiers mois de la période secondaire. Il est absolument rare de ne pas la rencontrer en coïncidence avec les divers symptômes qui composent ce qu'on appelle les poussées secondaires.

Cliniquement, elle consiste en ceci : une série plus ou moins nombreuse de petites croûtes disséminées dans le cuir chevelu.

Ces croûtes sont presque spéciales d'aspect. Elles sont remarquables à deux titres, à savoir : par leur *ténuité* et par leur *teinte d'un brun foncé.* — D'une part, en effet, elles sont petites, très petites. Elles ne dépassent guère les proportions d'une tête d'épingle. Elles ne font donc qu'un léger relief dans le cuir chevelu ; parfois même elles sont presque plates. — D'autre part, elles offrent une couleur d'un brun foncé, rendue parfois presque noire par addition d'une petite quantité de sang, issue sans nul doute d'écorchures provenant du peigne ou des ongles. — Inutile d'ajouter qu'elles sont indolentes. Le malade peut en ignorer l'existence ou ne s'en apercevoir qu'en se coiffant.

Elles sont très variables comme nombre. Le plus souvent il n'en existe que quelques-unes, deux, trois, quatre, une demi-douzaine. —

Quelquefois elles sont plus abondantes. — Il est des cas, enfin, où elles acquièrent une réelle confluence et criblent littéralement le cuir chevelu.

Vraisemblablement elles dérivent d'un processus acnéique ou d'une folliculite pilaire. Souvent, en effet, quand on a la patience d'inspecter le cuir chevelu, on trouve à leur voisinage de petites élevures papuleuses rouges, acnéiques d'aspect, surmontées à leur sommet d'une minuscule pustulette jaunâtre et parfois traversées par un poil.

Insignifiante par elle-même, cette petite éruption comporte un réel intérêt séméiologique. Elle ajoute en effet un signe et un signe d'une incontestable valeur aux divers éléments qui peuvent traduire la syphilis à la période secondaire.

On verra plus tard qu'elle coïncide très habituellement avec l'alopécie secondaire, dont elle ne constitue toutefois qu'un facteur presque négligeable.

3° *Variété impétigineuse* (**Syphilide impétigineuse, impétigo syphilitique**). — I. — Celle-ci doit surtout son individualité à l'aspect de ses croûtes qui, en effet, sont spéciales de par les trois caractères suivants :

I. — D'abord, elles sont presque toujours *assez étendues*, bien plus étendues, par exemple, que celles des deux variétés précédentes. Pour préciser, elles sont larges comme une pièce de 20 centimes, parfois comme une pièce d'un franc. — Cette étendue, elles la doivent au mode de constitution de la plaque éruptive, consistant en une papule généralement étalée, sur laquelle se produit un semis de minuscules pustulettes groupées au voisinage les unes des autres.

II. — Au lieu d'être plates, lamelleuses et formées d'une seule pièce, comme celles des variétés précédentes, elles sont au contraire *granuleuses* et *composites* d'aspect, sans doute parce qu'elles résultent d'une série de croûtes initiales réunies et fusionnées. — De plus et surtout (ce qui, pour rester inexpliqué, ne contribue pas moins à leur conférer une physionomie propre), elles sont comme *boursouflées*, « rocailleuses », en même temps que poreuses, fragiles et cassantes.

III. — Enfin, elles se signalent surtout à l'attention par leur couleur. Elles sont *flavescentes*, c'est-à-dire de coloration jaunâtre, melliforme, ocreuse ; ce qui les distingue à la fois et des croûtelles plus brunes des syphilides précédemment étudiées et, plus encore, des croûtes foncées, souvent noirâtres, des syphilides ulcéreuses.

II. — Sous les croûtes que je viens de décrire, le derme est attaqué, mais il ne l'est en général que superficiellement. Quelquefois même, lorsque l'affection date d'un certain temps, l'érosion sous-jacente à la croûte, au lieu d'être déprimée, devient au contraire légèrement convexe, bombée, exhaussée, comme papuleuse; de telle

sorte que, mise à nu par la chute de son revêtement croûteux, elle figure une véritable papule muqueuse du derme cutané.

Aussi la croûte de l'impétigo syphilitique surmonte-t-elle l'érosion dermique sans être encadrée, enchâssée par elle ; condition qui la rend nécessairement peu adhérente, facilement caduque.

III. — Cette forme de syphilide n'a que fort peu de tendance à se généraliser. Presque toujours elle reste circonscrite, partielle.

Comme siège, elle offre une préférence marquée pour certaines régions, à savoir : en première ligne, les parties velues (cuir chevelu, surtout au niveau de la nuque ou de la ligne d'implantation des cheveux ; barbe ; sourcils ; mont de Vénus) ; — en second lieu, la face tout entière, et plus spécialement encore le front, les ailes du nez, les commissures labiales, le sillon mentonnier. — Elle est rare au contraire sur les membres, inconnue sur les extrémités.

Comme pour toutes les syphilides de ce groupe, la résolution de cette forme éruptive se fait par le détachement des croûtes et la cicatrisation de la plaie sous-jacente.

IV. — Enfin, remarque intéressante au point de vue étiologique, la syphilide impétigineuse n'est pas la syphilide de tout le monde ; il lui faut « son terrain ». Ainsi, elle n'affecte guère que les *sujets lymphatiques*, blonds, à chairs blanches, à constitution molle, comme on dit vulgairement. C'est donc surtout une syphilide de femmes, d'enfants et de scrofuleux.

Diagnostic. — La syphilide impétigineuse se différencie, en tant que dermatose, de l'impétigo vulgaire, notamment de l'impétigo scrofuleux, par les divers caractères suivants : bien que jaunes et flavescentes, ses croûtes cependant sont moins dorées, moins soufrées, plus « ocreuses » que celles de ce dernier ; — elles sont plus disséminées et forment moins souvent de larges nappes continues ; — elles ont plus de tendance à la forme circulaire ; — elles sont plus dures, plus sèches, plus cassantes ; — elles occupent de préférence certains sièges assez spéciaux que je viens d'indiquer, etc... Mais on se tromperait fort si l'on comptait trouver à coup sûr dans les signes qui précèdent un témoignage démonstratif de la spécificité de l'éruption. Ces divers signes peuvent faire défaut ou être assez peu caractéristiques pour ne pas fournir de réels éléments de certitude. Si bien que, dans nombre de cas, le diagnostic de la lésion ne peut être établi que sur la considération des symptômes antérieurs ou concomitants, comme aussi sur l'exclusion d'autres causes susceptibles de produire un exanthème de ce genre.

Au reste (et cette remarque, pour trouver place ici, ne s'applique pas moins aux types éruptifs qui précèdent ou qui vont suivre), on a beaucoup exagéré la valeur qu'il convient d'accorder aux signes *objectifs* des éruptions pour le diagnostic des syphilides. Ce diagnostic, certes, peut être formulé parfois d'après certains caractères

locaux presque pathognomoniques; mais le plus souvent il réside dans les *données d'ensemble* fournies par les phénomènes antérieurs, par les symptômes contemporains, par l'évolution générale de la maladie; il réside, en un mot, bien moins sûrement dans l'appréciation d'un signe objectif isolé que dans l'examen complet du malade, complet tant au point de vue de la diathèse que de la santé générale, de la constitution, du tempérament, des antécédents morbides, etc.

III

TROISIÈME GROUPE : SYPHILIDES ULCÉREUSES SUPERFICIELLES.

Les plus tardives des formes secondaires, les syphilides ulcéreuses superficielles ne font guère invasion que dans le second semestre de la première année et, plus souvent même, au delà.

Ce qui constitue le caractère essentiel, majeur, de ce nouveau groupe, ce qui le différencie de tous les types étudiés jusqu'ici, c'est le *processus ulcéreux*, c'est l'ulcération, l'entamure réelle des tissus, ce qu'en langage vulgaire on appelle « la plaie ».

Mais, si le caractère ulcératif distingue ce groupe de toutes les syphilides précédentes, en revanche il le rapproche des syphilides d'une étape ultérieure, c'est-à-dire des syphilides tertiaires, dont le propre à toutes (réserve faite pour une seule) est de consister précisément en des lésions ulcéreuses.

Comment différencier par le langage courant les syphilides ulcéreuses secondaires des syphilides ulcéreuses tertiaires ? Le bon sens répond : par une épithète empruntée au plus important de leurs caractères cliniques. Or, les syphilides ulcéreuses de la période secondaire ne sont que la miniature, la menue monnaie, si je puis ainsi parler, des syphilides ulcéreuses tertiaires, et cela surtout en ce qu'elles sont beaucoup moins creuses, moins profondes, moins excavantes que ces dernières. Il est donc indiqué tout naturellement, ce me semble, de leur appliquer la dénomination de **syphilides ulcéreuses superficielles**, par opposition aux syphilides tertiaires qui sont surtout, par rapport à celles-ci, des syphilides ulcéreuses profondes. C'est le nom, conséquemment, dont je ferai choix pour elles.

En tout cas, et pour toute une série de considérations dont j'épargnerai l'ennui au lecteur, ce nom me paraît préférable aux multiples et surannés qualificatifs (sur lesquels au reste on ne s'est jamais bien entendu) de *Syphilides phlysaciées*, *syphilides pustulo-crustacées*, *syphilides ecthymateuses*, *ecthyma plat* ou *lenticulaire* ou *érosif*, *ecthyma profond*, *impétigo rodens*, *rupia*, *pemphigus*, *syphilide pemphigoïde*, etc., etc... Simplifier, en réunissant dans un seul groupe

toutes ces prétendues entités dermatologiques, ne peut être qu'un avantage au point de vue de l'étude, voire, si je ne m'abuse, un progrès.

En quoi consiste cette syphilide ulcéreuse secondaire ? Pour l'étudier méthodiquement, il me faut envisager d'abord son élément éruptif, qui constitue le genre, puis son éruption, constituée par l'ensemble de ses lésions élémentaires.

I. — Élément éruptif. — **Modalité clinique**. — La lésion constitutive du genre est une *ulcération cutanée surmontée d'une croûte*. Comment se forme-t-elle ?

Originairement, ce que l'on constate est un îlot lenticulaire d'infiltration congestive, inflammatoire, de la peau, c'est-à-dire un processus analogue à celui d'une dermite circonscrite. En un mot, c'est quelque chose de comparable à ce qui prélude à la naissance d'un furoncle.

Puis, vers les parties centrales de cette lentille de phlegmasie interstitielle du derme, décollement et soulèvement rapide de la cuticule épidermique; — modification d'aspect de cet épiderme qui (sans doute par imbibition procédant des couches sous-jacentes) change de couleur, se tend, durcit, et se transforme peu à peu en une lamelle croûtelleuse.

Au delà, accroissement en épaisseur et surtout accroissement excentrique de cette croûtelle, qui bientôt envahit toute la surface de la lésion, à la réserve d'une petite zone périphérique, laquelle reste d'un rouge sombre et constitue ce qu'en langage technique on appelle l'*aréole*.

Si bien qu'à l'époque où la lésion, devenue adulte, a acquis les dimensions d'une pièce de 20 ou de 50 centimes, ce qu'on voit cliniquement répond assez bien à ce qu'est un bouton de vaccin encroûté, à savoir :

Une lésion arrondie, correctement arrondie le plus souvent, constituée : 1° par une *croûte*, occupant presque toute la surface éruptive ; — 2° par une fine *aréole* de contour, d'un rouge sombre.

Et c'est tout.

C'est tout, quant aux apparences. Car, si l'on va au delà de ces apparences, si l'on regarde ce qui se passe sous cette croûte, on constate tout aussitôt que cette croûte n'est qu'un masque, et que sous elle se dissimule la lésion principale, essentielle, vraie, à savoir l'**ulcération**. En effet, la croûte une fois soulevée et détachée, que trouve-t-on? Une plaie à vif, une ulcération.

Cette ulcération entame réellement le derme. De ce fait, elle se différencie donc des simples abrasions dermiques que nous avions constatées jusqu'ici dans les syphilides papulo-croûteuses, puisqu'elle est plus creuse, plus « entamante », que ces dernières. Mais, de ce fait aussi,

elle se différencie non moins d'autres syphilides que nous étudierons plus tard sous le nom de syphilides ulcéreuses tertiaires ; car elle est bien moins pénétrante, bien moins creuse, bien moins excavante et destructive que celles-ci. En autres termes, l'entamure dermique est, en l'espèce, *plus qu'une simple érosion* et *moins qu'une ulcération vraie*. On pourrait la dire une sub-ulcération ; mais pour ne pas créer de mots nouveaux, je me bornerai à la qualifier d'*ulcération superficielle*. — A préciser, elle n'excave le derme que pour une épaisseur d'un quart à une moitié de millimètre, d'un millimètre au maximum et rarement.

En tant que caractères objectifs, cette ulcération n'offre rien de bien spécial, encore bien moins rien de pathognomonique. Relevons cependant les quatre attributs suivants, qui lui sont habituels :

1° Presque toujours elle est *orbiculaire* de contour, le plus souvent même géométriquement orbiculaire ; — quelquefois cependant un peu ovalaire.

2° Elle est limitée par des *bords nettement entaillés*, mais peu élevés (naturellement, puisqu'elle est peu profonde).

3° Son fond est *jaunâtre* ou *rouge*, tapissé ou semé d'enduits adhérents.

4° Elle sécrète un *liquide puriforme* d'aspect, mais de qualité *concrescible* et plastique ; car, si on la dénude artificiellement de sa croûte, elle ne tarde guère à se recouvrir, après deux ou trois jours, d'une croûte de formation nouvelle (1).

Elle se présente donc, à l'état permanent, recouverte d'une croûte, laquelle lui est proportionnelle comme dimensions.

Et, quand elle s'accroît, on peut en suivre le progrès par le développement, au pourtour de cette croûte, d'un soulèvement circulaire de l'épiderme, sorte de *pustulation zonulaire* qui encadre la croûte et

(1) J'ajouterai que, d'après MM. Balzer et Griffon, le liquide sécrété par ces syphilides ulcératives *ne contiendrait pas de streptocoques*, tandis que le streptocoque s'observerait toujours dans la sécrétion de l'ecthyma ordinaire, non syphilitique.

Voici, au surplus, une note que mon collègue et ami le Dr Balzer a bien voulu me transmettre à ce sujet :

« Les recherches bactériologiques que je poursuis avec M. Griffon nous ont montré des différences bien nettes entre les deux variétés d'ecthyma que l'on peut rencontrer chez les sujets syphilitiques.

« Ou bien l'on a affaire à un *ecthyma commun*, accidentellement développé sur un sujet syphilitique, et alors on trouve dans le liquide issu de cette lésion le *streptocoque*, qui est l'agent constant de l'ecthyma commun et de l'impétigo.

« Ou bien l'on est en présence d'un ecthyma syphilitique, lequel n'a de commun avec l'ecthyma vulgaire que l'apparence objective, et alors on ne trouve pas le streptocoque dans le pus fourni par la lésion. On n'y trouve que le staphylocoque.

« Il est vrai que l'ecthyma vulgaire sert souvent de cause d'appel à des lésions syphilitiques qui viennent se greffer sur lui.

« D'où il suit qu'il conviendrai de distinguer, dans une nomenclature rigoureuse, trois ordres d'ecthyma pouvant se rencontrer chez les sujets syphilitiques, à savoir : 1° un ecthyma syphilitique proprement dit, non streptococcique ; — 2° un ecthyma vulgaire, streptococcique ; — 3° un ecthyma mixte et streptococcique, résultant de l'association à l'ecthyma vulgaire de lésions syphilitiques secondaires. »

bientôt s'incruste à son tour en se confondant avec la croûte ancienne. A son tour, une zone nouvelle d'épiderme se soulève excentriquement, puis s'incruste, et ainsi de suite.

Variété. — **Syphilide ecthymateuse** (**Ecthyma syphilitique, Syphilide pustulo-ulcéreuse**, etc.). — Parfois une variante s'introduit dans le processus morbide que je viens de décrire et consiste en ceci :

Le soulèvement épidermique qui prélude à la croûte, au lieu de se faire d'une façon obscure, inapparente, effacée, se traduit au contraire par une lésion figurée, à savoir par formation de ce qu'on appelle une *pustule*. On voit alors se produire, sur le plateau de la plaque congestive initiale, une saillie en forme d'ampoule, déterminée par une petite collection purulente qui soulève l'épiderme. Cette ampoule, orbiculaire de contour et un peu aplatie de surface, offre une belle couleur jaune, soufrée, et rappelle exactement la pustule de l'ecthyma vulgaire. D'où le nom d'ecthyma syphilitique quelquefois assigné à la lésion.

Mais cette pustule n'est jamais qu'éphémère. Très rapidement, à la façon d'une pustule de vaccin ou de variole, elle s'incruste. Puis, au delà, l'ensemble éruptif redevient exactement identique à celui des formes précédemment décrites. Donc, ce n'est que par un simple détail évolutif absolument éphémère que cette variété se différencie des syphilides ulcéreuses superficielles. Cela est-il suffisant pour en faire, avec quelques auteurs, une espèce particulière?

II. — **Modalité histologique**. — L'analyse histologique a fourni de curieux renseignements sur le processus de ces syphilides subulcéreuses.

Des lambeaux de peau supportant des lésions de cet ordre ont pu être excisés par biopsie, puis soumis à une série de coupes et examinés microscopiquement. Or, de ces études, entreprises et poursuivies par un histologiste des plus distingués, le Dr Balzer, a résulté la connaissance des trois points suivants :

1° En toute évidence, le processus anatomique d'où dérive la syphilide ulcéreuse est celui d'une *inflammation circonscrite* de la peau, que caractérise surtout une surabondante production de cellules embryonnaires.

2° Cette exsudation de globules blancs se produit dans toute l'épaisseur de la peau, mais surtout et d'une façon très prédominante dans ses parties *superficielles* (Voyez donc, soit dit au passage, si la dénomination de syphilide ulcéreuse *superficielle* se trouve ainsi justifiée). Là se fait une accumulation considérable de ces globules, laquelle explique : 1° la pustulation initiale déterminée par l'afflux des globules qui décolle, distend, puis soulève l'épiderme en forme de

pustule; — 2° l'ulcération, qui résulte de cette même prolifération de leucocytes, dont l'effet est d'écarter, de dissocier, puis d'étouffer et de nécrobioser les faisceaux conjonctifs, en un mot de détruire moléculairement les éléments les plus superficiels du derme.

3° Le processus originaire, celui qui fait le fond même de la lésion, est de *localisation vasculaire*, comme dans les syphilides papuleuses précédemment étudiées.

Et, en effet, il résulte ceci de l'examen minutieux des coupes histologiques : 1° que l'infiltration des cellules embryonnaires se produit avec une prédilection toute spéciale à la périphérie des vaisseaux, des artérioles notamment, autour desquelles elle constitue de véritables « manchons » plus ou moins épais (Balzer) ; — 2° que cette infiltration envahit aussi la trame même des artérioles, dans leur tunique externe d'abord, puis dans leur tunique interne. — « Cette intensité des lésions artérielles, dit M. Balzer, et spécialement cette endartérite témoignent bien de la part prépondérante que prend le système vasculaire dans l'évolution du processus morbide. »

Donc, à parler net, *les syphilides ulcéreuses sont d'origine vasculaire*. Ce sont des lésions de vaisseaux qui préparent et, de fait, constituent ces lésions cutanées.

Eh bien, ce dernier point, je l'affirme, est des plus curieux et des plus instructifs. Il ne contient rien moins qu'un enseignement de premier ordre, à savoir : que, dans la syphilis, les symptômes en apparence les plus dissemblables, les plus disparates, peuvent résulter d'un même ordre de lésions. Quoi de plus différent, de plus distant au premier abord qu'une hémiplégie syphilitique et une syphilide ulcéreuse? Or, voici démontré par l'anatomie que l'une et l'autre cependant sont le produit d'un seul et même processus morbide, que l'une et l'autre dérivent de lésions vasculaires, à savoir : l'hémiplégie d'une artérite du système cérébral et la syphilide d'une artérite du système cutané. Voyez le rapprochement.

III. — **Éruption.** — L'éruption, qu'il nous faut maintenant envisager d'ensemble, se compose d'un nombre plus ou moins considérable des lésions élémentaires susdécrites. Car, en sa qualité de syphilide secondaire, la syphilide ulcéreuse superficielle est un exanthème assez prodigue de lésions. Mais comme, d'autre part, c'est une syphilide secondaire tardive, qui ne se manifeste guère (sauf exceptions assez rares) qu'à une étape plus ou moins éloignée du début de l'infection, elle subit de ce fait une modification dans les deux sens que voici :

D'une part, elle est bien moins confluente, bien moins profuse que ne l'est usuellement un exanthème secondaire;

Et, d'autre part, elle est bien moins disséminée, éparpillée, que ne l'est un exanthème secondaire. A la façon des syphilides tertiaires, elle tend déjà à se localiser *en foyers*, au moins sur quelques points.

Bref, c'est une *syphilide de forme secondaire ébauchant quelques attributs du tertiarisme.*

Au total, que voit-on ? Ceci : Une éruption à coup sûr disséminée, mais, en même temps que disséminée, prédominante et *groupée* sur certains points ; — et une éruption de modalité croûteuse.

Les régions où elle se montre en groupes sont : les membres inférieurs, notamment à leur partie antérieure ; — le front, où elle constitue la variété croûteuse de la corona Veneris ; — la nuque ; — le cuir chevelu ; — toute l'étendue de la face occupée par la barbe.

Ses croûtes, sans avoir rien de spécial, se recommandent néanmoins à l'attention par les trois caractères suivants :

1° Étendue moyenne, variable du diamètre d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 50 centimes. — Par ce seul caractère lesdites croûtes se différencient et de celles des syphilides papulo-croûteuses qui ne dépassent guère l'aire d'une lentille et de celles des syphilides tertiaires, en général bien autrement importantes comme dimensions.

2° Configuration très habituellement orbiculaire, à moins de fusion de plusieurs éléments éruptifs voisins.

3° Coloration brunâtre, variable de tonalité (brun jaunâtre, brun rouge, brun verdâtre), mais toujours de nuance sombre.

Ajoutons, comme caractère mineur, que ces croûtes sont généralement assez minces, en même temps que compactes, solides, résistantes ; — plates (et non pas stratifiées, non pas « ostréacées », à la façon de la plupart des croûtes tertiaires) ; — enfin, assez fortement adhérentes.

Évolution. — Constituée de la sorte, l'éruption reste stationnaire pour un temps assez long, sans tendance à s'accroître non plus qu'à rétrocéder ; et la scène n'est alors incidentée parfois que par l'addition de nouveaux éléments de même ordre qui, en l'absence d'un traitement répressif, surgissent çà et là.

Puis, après quelques mois, s'annonce un processus régressif. Les aréoles péri-croûteuses s'atténuent et s'effacent. Les croûtes semblent se contracter, s'ébranlent, se détachent sur leurs bords et finissent par tomber. Reste à leur place une surface squamelleuse, qui s'épidermise peu à peu, mais en présentant une coloration brunâtre, pigmentée, dite **macule de terminaison**.

Cette macule est lente à perdre sa pigmentation. Elle exige souvent plusieurs mois avant de se décolorer.

Finalement, subsiste une cicatrice superficielle, tantôt nettement appréciable, tantôt peu apparente, mais au total d'importance minime, surtout par opposition avec les cicatrices profondes des syphilides tertiaires.

Type exclusif ; — type mixte. — Certes, dans un assez grand

nombre de cas, la syphilide ulcéreuse superficielle s'observe à l'état *exclusif*, c'est-à-dire sans mélange avec d'autres modalités éruptives. Et, de deux choses l'une, alors : Ou bien elle se dissémine, à la façon de ce que serait, par exemple, une varioloïde très discrète (cette forme est assez rare) ; — ou bien elle se circonscrit à quelques régions (jambe, nuque, front, etc.), voire à une seule.

Mais, bien plus fréquemment, elle se montre *en combinaison avec d'autres types éruptifs*. On peut même dire que, de toutes les syphilides, c'est elle qui s'associe le plus fréquemment à telle ou telle autre dermatose spécifique. Rien de plus commun que de la rencontrer en compagnie des syphilides papuleuses de tout genre ou même de la roséole. C'est ainsi que, d'une façon courante, on trouve des syphilides papulo-squameuses émaillées çà et là, surtout aux points d'élection précités, d'éléments de syphilide ulcéreuse superficielle. De même, il n'est pas rare de rencontrer des malades simultanément affectés de roséole sur le tronc et de syphilide ulcéreuse superficielle soit aux membres inférieurs, soit à la nuque ou dans le cuir chevelu, dans la barbe, au niveau du pubis, etc.

Variétés. — Deux variétés seulement méritent une mention particulière.

1° **Variété hémorrhagique.** — Très rare. — Constituée par un aspect spécial des croûtes, qui se présentent avec une coloration d'un brun noir ou même absolument noire. Cette teinte est due, comme le démontre l'examen histologique, à ce qu'une certaine quantité de sang s'est mêlée à l'exsudat d'où résulte la croûte.

Quelquefois cette forme hémorrhagique, alors qu'elle s'observe aux jambes, est simplement imputable à un état variqueux, compliqué de fatigues, de marches forcées, etc. — D'autres fois, elle dérive bien positivement d'un mauvais état général ou d'une malignité spéciale de la maladie.

2° **Variété végétante, papillomateuse, frambœsioïde ; frambœsia syphilitique** — Très rare également.

A vrai dire, c'est là moins une forme éruptive qu'un simple épiphénomène, consistant en un bourgeonnement hypertrophique de l'ulcération. De ce processus de végétation exubérante résulte un mamelon tubériforme, saillant de plusieurs millimètres, rouge, grenu, tout à fait semblable, identique même à certaines syphilides muqueuses que je décrirai plus tard sous le nom de syphilides papulo-hypertrophiques. Plusieurs de ces mamelons, généralement rapprochés, composent l'éruption qui presque toujours reste exclusivement régionale (1).

(1) Cependant un distingué collègue, le Pr. Pétrini, a publié récemment une très curieuse observation relative à une femme qui présenta, au cours de la période secondaire, une syphilide frambœsiforme généralisée.

Cette variété a pour siège de prédilection les districts pileux, le cuir chevelu notamment, les aisselles, la région pubienne, etc. On l'a rencontrée cependant au niveau du thorax, en plein visage ou même aux organes génitaux.

RÉSUMÉ.

Telles sont les manifestations cutanées qui servent d'expression à la syphilis au cours de sa période secondaire et dans ses formes usuelles.

Définies et classées comme il précède, elles seront, je l'espère, d'intelligence facile; car, elles se réduisent en somme, cela très simplement et sans artifice de nomenclature, aux trois types suivants :

I. — TYPE ÉRYTHÉMATEUX : **Roséoles.**

II. — TYPE PAPULEUX : SYPHILIDES PAPULEUSES, se subdivisant en trois espèces :

I. **Syphilides papulo-squameuses;**
II. — **papulo-érosives;**
III. — **papulo-croûteuses.**

III. — TYPE ULCÉREUX : **Syphilides ulcéreuses superficielles.**

Certes, j'aurais pu, à l'instar de nombre d'auteurs, présenter une classification des syphilides secondaires beaucoup plus complexe, beaucoup plus savante d'apparence, beaucoup plus dermatologique surtout. Mais j'ai obéi à une intention précisément contraire, et mon seul objectif — dont me sauront gré sans doute les étudiants — a été de *simplifier*.

On notera d'ailleurs qu'en l'espèce j'étais d'autant plus autorisé à cet essai de simplification que le caractère très habituellement *polymorphe* des syphilides secondaires se prête mal à l'application de nomenclatures savamment méticuleuses, d'après lesquelles la plupart de ces syphilides demanderaient à être scindées, divisées, subdivisées en de nombreuses espèces dermatologiques.

Au reste, il ne faut pas s'abuser sur la valeur des classifications complexes et minutieuses que certains médecins ont tenté d'introduire dans la science relativement aux dermatoses de la syphilis. De telles classifications n'ont qu'un intérêt de *curiosité dermatologique*. Mais quel intérêt sérieux, *pratique* surtout, se rattache à la notion des moindres incidents cutanés d'une syphilide? Qu'importe, pratiquement, qu'une syphilide soit simple ou polymorphe, qu'elle soit papuleuse ou papulo-squameuse ou papulo-croûteuse, qu'elle soit ou non cerclée, demi-cerclée, disposée en couronne ou en corymbe? Ce ne sont là que des détails de forme, ce ne sont là que des modalités

objectives, d'où ne ressort aucune indication spéciale pour le traitement. Quelle que soit même la forme élémentaire des syphilides, cela n'apporte pas grand changement dans la médication qui leur est applicable. L'essentiel n'est donc pas de mettre sur une syphilide une étiquette bien circonstanciée, spécifiant son ordre, son type, son genre, sa variété, sa dénomination particulière adaptée à telle ou telle classification en faveur. L'essentiel en pratique est *de reconnaître la nature syphilitique* d'une éruption donnée, de distinguer cette syphilide d'une dermatose vulgaire, de la rattacher à son origine, à sa cause. Tout est là.

Or, la nomenclature *pratique* à laquelle j'ai tenté d'aboutir répond amplement, je crois, à ce résultat.

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DES SYPHILIDES SECONDAIRES.

Reconnaître la nature syphilitique des divers types éruptifs décrits précédemment est chose facile ou difficile suivant les cas.

C'est chose facile pour quelques types. Certaines syphilides, en effet, sont tellement caractéristiques par elles-mêmes, par leur physionomie propre, qu'il est véritablement impossible de les méconnaître. Citons comme telles le psoriasis palmaire, le psoriasis plantaire, la syphilide granulée des ailes du nez ou du sillon mentonnier, les syphilides circinées ou arciformes, les syphilides à couleur jambon ou à teinte cuivreuse bien accentuée, etc.

En revanche — et telle est l'alternative de beaucoup la plus commune — il est nombre de syphilides qui se présentent avec des caractères moins tranchés et moins évidemment distinctifs. Celles-ci, nous le savons déjà par ce qui précède, courent risque d'être confondues avec des dermatoses plus ou moins analogues comme modalité éruptive, mais absolument différentes comme nature. De telles erreurs sont communes. Voyons donc de quels moyens nous disposons pour les éviter ; c'est-à-dire recherchons, en laissant de côté les types particuliers, sur quelles bases repose *d'une façon générale* le diagnostic des syphilides.

Plusieurs éléments y concourent.

I. — D'abord, cela va sans dire, les signes objectifs, ce qu'on appelle en langage spécial l'**objectivité**, c'est-à-dire l'ensemble des caractères extérieurs de la syphilide, et la mise en parallèle de ces caractères avec ceux des dermatoses qui pourraient être confondues avec elle. — C'est à l'étude de cet ordre de signes qu'a été consacré l'exposé qui précède.

II. — En second lieu, la recherche et la constatation des **accidents syphilitiques contemporains**.

Étant donnée une éruption qui peut être une syphilide secondaire, le premier soin de l'observateur devra être de rechercher s'il ne

coexiste pas avec elle quelque autre phénomène spécifique. Car, si l'on constate coïncidemment avec une éruption qu'il y a lieu de croire syphilitique un phénomène quelconque manifestement syphilitique ou, *à fortiori*, si l'on en constate plusieurs, comment se refuser à voir là un ou plusieurs témoignages en faveur de la nature spécifique de l'affection cutanée?

En l'espèce, ce témoignage indirect des manifestations contemporaines est d'autant plus essentiel à consulter qu'il fait rarement défaut dans la période secondaire. Car, à cette époque, la diathèse est généralement prodigue d'accidents de diverses formes et de divers sièges. Presque toujours à cette époque on a toutes chances pour rencontrer, en même temps qu'une éruption à la peau, des lésions sur les muqueuses (muqueuses buccale, gutturale, vulvaire, anale, etc.), des croûtes du cuir chevelu, de l'alopécie, des adénopathies, des douleurs en divers points (arthralgies, myosalgies, périostites), des troubles nerveux, de la céphalée, ou tous autres phénomènes de spécificité secondaire. Que si l'on n'observe pas au grand complet tout ce cortège d'accidents variés, tout au moins en surprendra-t-on quelques-uns, ne serait-ce même qu'un seul, et cela suffira pour servir d'appoint au diagnostic, comme confirmation de la nature syphilitique de l'éruption.

III. — Une troisième source d'indications diagnostiques, et celle-ci non moins précieuse, ressort des **antécédents**. Car, si l'éruption à déterminer est une syphilide secondaire, elle a pu être précédée d'autres manifestations secondaires; elle a dû en tout cas, et cela obligatoirement, avoir pour préludes les deux grands accidents qui composent la période primaire, à savoir le chancre et le bubon satellite. C'est donc affaire au médecin de chercher et de découvrir ces antécédents, de les chercher soit par l'anamnèse, soit, mieux encore, de ses yeux et de ses doigts. Bien souvent, comme exemple, une adénopathie persistante témoignera d'un chancre antérieur resté méconnu, comme aussi d'un chancre ignoré ou dissimulé. — Fouiller dans le passé est une féconde ressource pour le diagnostic, et je mets en fait qu'en pareil cas, dans la proportion de quarante-huit fois sur cinquante, cette investigation rétrospective fournira les plus utiles lumières.

C'est qu'en effet — et ceci, j'aurai à tout propos l'occasion de le dire — la syphilis ne consiste pas en tel ou tel accident isolé. **La syphilis est un ensemble** ; c'est tout un groupe de symptômes ; et c'est même plus qu'un groupe morbide, c'est une **série chronologique d'accidents**, une évolution morbide où tels phénomènes occupent le premier rang et tels autres le second, où ceux-ci même commandent et impliquent ceux-là. Si l'on trouve ceux du second rang, c'est que ceux du premier ont existé au préalable; et, s'ils ont existé, c'est, je le répète, affaire au médecin d'en obtenir la preuve pour légitimer son diagnostic.

Donc, la base du diagnostic des syphilides secondaires (comme, au reste, de toutes les manifestations spécifiques) repose sur cette triade de signes :

1° Les signes d'objectivité;

2° Les symptômes spécifiques contemporains;

3° Les antécédents morbides.

Et cette triade de signes est exigible dans tous les cas pour la sûreté du diagnostic. En dehors de cette garantie réciproque que se prêtent des signes de divers ordres et de divers âges empruntés à l'évolution morbide, pas de diagnostic absolument certain, formel, irrécusable.

Si habile et si exercé que puisse être un médecin, il n'a jamais la certitude de se tenir à l'abri d'une erreur alors qu'il établit son jugement sur un symptôme isolé. Un symptôme isolé est toujours sujet à caution et peut toujours tromper; tandis que ce qui ne peut tromper, c'est la considération d'un *ensemble*, d'une *série* d'accidents, d'une *évolution* pathologique.

IV

SYPHILIDES SECONDAIRES MALIGNES.

A tort ou à raison (je réserve la discussion de ce point pour un chapitre ultérieur) on a donné le nom de syphilis maligne précoce à une forme toute particulière de syphilis caractérisée par l'invasion précoce, voire coïncidant parfois avec les premiers temps de la période secondaire, d'accidents spécifiques graves de forme tertiaire. C'est le contraste entre la qualité de tels accidents et l'âge encore jeune de la maladie que vise surtout ce terme de *malignité*.

Or, jusqu'à présent on n'a décrit, en tant que manifestations cutanées de cette forme maligne de la syphilis, que des syphilides de modalité ulcéreuse, de modalité éminemment tertiaire, à savoir, par exemple, d'après Bazin et son élève le Dr Dubuc, une syphilide puro-crustacée, une syphilide tuberculo-ulcéreuse, et une syphilide tuberculo-ulcérante gangreneuse.

Eh bien, d'après ce que j'ai vu, il n'est pas que des syphilides malignes de type suppuratif, tuberculo-ulcéreux, gommeux, gangreneux, etc. Il est aussi des *syphilides malignes de forme secondaire*, qui se produisent comme manifestations de ces « mauvaises syphilis », de ces syphilis prématurément graves auxquelles il est impossible de récuser une réelle malignité.

De cela voici la preuve.

D'une part, les syphilides en question, pour lesquelles je propose la dénomination de *Syphilides secondaires malignes*, conservent, en

dépit de leurs modifications de type, le cachet de la modalité secondaire, et cela à triple égard :

1° En ce qu'elles sont profuses, disséminées, parfois même presque généralisées, contrairement au type tertiaire qui tend le plus habituellement à se circonscrire, à se localiser ;

2° En ce qu'elles se distribuent au hasard, sans s'assujettir aux modes bien connus de groupement tertiaire (mode en bouquet, mode circiné, mode en corymbe, etc.) ;

3° Et surtout en ce qu'elles restent sèches, non ulcéreuses, non suppuratives, non désorganisatrices, au total.

Et, d'autre part, tout en restant ainsi secondaires d'allure, de physionomie, d'ensemble, elles ne se différencient pas moins pour cela des types usuels de la période secondaire, à ce point qu'il est impossible de les assimiler à n'importe lequel d'entre eux.

Elles s'en différencient, en effet, comme nous allons le voir, et par une intensité éruptive spéciale ; — et par une évolution notablement plus lente, plus durable ; — et par une résistance inusitée au traitement spécifique ; — et par association usuelle avec des troubles généraux plus ou moins intenses, plus ou moins sérieux, voire parfois alarmants ; — toutes particularités qui témoignent évidemment d'une *gravité morbide précoce*, d'une malignité initiale de la maladie.

Ces syphilides sont donc à la fois le produit et l'expression d'un état infectieux plus ou moins grave. Aux mêmes titres, donc, que les syphilides malignes de physionomie tertiaire, elles méritent la dénomination de *syphilides malignes*, bien que restant, je le répète, secondaires d'aspect, d'apparence et, sans doute aussi, de constitution histologique.

Division. — Les syphilides secondaires auxquelles l'épithète de malignes semble bien légitimement applicable comprennent trois types principaux qui peuvent être qualifiés de la façon suivante :

1° Syphilide papulo-tuberculeuse ;

2° Syphilide papuleuse exfoliatrice ;

3° Syphilide papuleuse nigricante.

PREMIER TYPE : SYPHILIDE PAPULO-TUBERCULEUSE.

Si je n'avais déjà dit que la papule et le tubercule sont des lésions similaires qui, au point de vue objectif tout au moins, passent de l'une à l'autre par des transitions insensibles, l'occasion me serait propice pour l'affirmation de cette vérité.

Et, en effet, le type morbide que je vais décrire est un mélange d'éléments éruptifs qui, suivant leur degré de développement, pe uv

être dits ou papules ou tubercules, ou, dans leur forme intermédiaire, papulo-tubercules.

Toutefois dans ce mélange prédomine un élément qui confère à l'ensemble éruptif sa caractéristique propre; c'est la grande et grosse papule dite *papulo-tubercule*, qu'il nous faut étudier tout d'abord.

I. — Cette papule mesure en moyenne 8, 10, 12 millimètres de diamètre, avec un relief de 1 à 2, 3, et parfois jusqu'à 4 millimètres.

Déjà cette étendue et surtout ce relief, ce renflement, la signalent à l'attention.

D'autre part, elle est non moins remarquable par les trois attributs suivants :

1° *Orbicularité*, et orbicularité souvent parfaite, géométrique.

2° *Rénitence au toucher*. — C'est une papule ferme, ayant du « corps », fortement néoplasique, et cependant moins dure, moins néoplasique que le tubercule tertiaire.

3° *Couleur* d'un rouge ardent, vif, phlegmasique, d'un rouge « à teinte *coquelicot* », suivant l'expression d'un peintre à qui je montrais l'une de ces lésions en le priant de la reproduire. Cette couleur, en tout cas, est sensiblement différente de la teinte rouge brun, rouge sombre, rouge « jambon fumé », qui caractérise le tubercule tertiaire.

II. — L'éruption peut être exclusivement composée de ces grosses papules ; plus souvent elle comprend en outre un certain nombre de papules simplement lenticulaires.

A la façon des exanthèmes secondaires, elle est presque toujours 1° *profuse*, abondante ; — 2° *disséminée*, toutefois avec prédominance sur certains sièges (face, cuir chevelu, membres inférieurs) ; — 3° *incoordonnée* comme distribution réciproque d'éléments, c'est-à-dire sans groupement méthodique, sans tendance à la circination. — Triple caractère qui contraste avec l'apparence tertiaire de ces grosses papules tuberculeuses.

Ce qu'elle a de plus remarquable en nombre de cas, c'est sa *confluence*. Parfois elle crible littéralement certaines régions, telles que la face notamment où l'on a pu compter jusqu'à 50, 60 et au delà de ces éléments papulo-tuberculeux. A preuve une pièce (n° 1417) déposée au musée de l'hôpital Saint-Louis.

III. — En ce qui concerne l'*évolution*, deux particularités viennent attester la malignité de ce type morbide.

1° C'est, en premier lieu, la *marche lente* et parfois presque chronique de l'éruption.

D'abord, une fois produite et parvenue à son stade adulte, l'éruption reste ce qu'elle est, sans tendance à se résoudre, à s'effacer, et cela non pas pour des semaines, mais pour des mois.

Très souvent, de plus, elle s'alimente et s'entretient par la pullulation successive et répétée d'éléments nouveaux, qui viennent remplacer les anciens au fur et à mesure de leur disparition.

2° C'est, en second lieu, la *résistance* prolongée de l'éruption au traitement spécifique.

Il n'en est pas de ce type éruptif comme des types secondaires usuels, sur lesquels le mercure exerce une action doublement remarquable et par l'intensité et par la rapidité de ses effets. Ici le mercure, même administré à fortes doses, même associé à l'iodure, peut rester longtemps à peu près inerte et même ne pas s'opposer à ces pullulations successives dont je parlais à l'instant.

Ce n'est, en général, qu'après plusieurs semaines, voire plusieurs mois, et au prix de doses énergiques qu'on parvient à dominer la maladie, à la maîtriser, à la guérir.

De cela j'ai sous les yeux, actuellement, un exemple à citer.

Un de mes clients, homme très robuste, jouissant d'une excellente santé et observant une hygiène rigoureuse, a contracté la syphilis en septembre dernier. Contrairement à toute attente, cette syphilis est devenue grave *ab ovo* et s'est traduite, sans parler de symptômes généraux divers, par une syphilide papulo-tuberculeuse particulièrement confluente sur certaines régions, telles que le front, le cuir chevelu (qui est presque dénudé), et les membres supérieurs. Or, en dépit d'un traitement inauguré dès le début et d'un traitement énergique porté jusqu'aux limites extrêmes de la tolérance buccale (protoiodure à la dose de 13 centigrammes par jour, frictions mercurielles, iodure de potassium, etc.), cette éruption a résisté depuis cinq mois et demi, et s'est même alimentée plusieurs fois par des poussées partielles. A coup sûr, elle est amendée aujourd'hui ; mais, au train dont marchent les choses, j'estime qu'elle exigera encore plusieurs mois pour disparaître absolument.

Et la plupart des cas de cet ordre que j'ai observés ont présenté une résistance à peu près analogue au traitement spécifique, même, je le répète, administré *largâ manu*.

Variétés. — Le type de la syphilide papulo-tuberculeuse secondaire comporte deux variétés de très inégale importance, à savoir :

1° **Syphilide papulo-tuberculeuse annulaire.** — Celle-ci n'est pas très rare. — Elle consiste en une syphilide papulo-tuberculeuse disposée en anneaux plus ou moins réguliers, souvent même en couronnes rigoureusement circulaires.

Chacun de ces anneaux est constitué par une zone circulaire, quelquefois ovalaire, surélevée de 1, 2 à 3 millimètres au-dessus des téguments, rosée ou rougeâtre, et servant de cadre à un centre exempt d'infiltration, sur lequel j'aurai à revenir dans un instant.

Le diamètre de cette zone varie entre 2, 3 ou 4 millimètres ; et le

diamètre total de la couronne entre celui d'une pièce de cinquante centimes et celui d'une pièce de deux francs ; rarement il dépasse cette dernière proportion.

La partie centrale de la couronne qui, par opposition, paraît déprimée, tout en restant de niveau avec les téguments sains, est particulièrement remarquable par la teinte spéciale qu'elle revêt. Elle est toujours fortement bistrée, *pigmentée*, quelquefois grise, quelquefois d'un gris foncé, quelquefois même d'un gris noirâtre ; en un mot, elle est « nigricante », comme disaient nos pères.

Or, ce singulier ensemble d'un anneau rosé servant de cadre à un fond noirâtre, le tout tranchant sur une peau blanche, n'est pas nécessairement sans imprimer à l'éruption la physionomie à la fois la plus caractéristique et la plus bizarre.

Quant à l'éruption, elle se compose toujours d'un nombre plus ou moins considérable de ces couronnes, lesquelles sont déposées sur la peau à petite distance les unes des autres. Souvent même, par le fait ou de leur confluence ou de leur élargissement excentrique, quelques-unes d'entre elles arrivent à se toucher, à la façon de « circonférences tangentes », comme on dit en mathématique, et alors elles se présentent plus ou moins déformées.

Cette variété de syphilide affecte le plus communément le tronc, plus rarement le cou ou les membres. Elle est exceptionnelle au visage.

A cela près de sa configuration si particulière, elle offre tous les attributs du type précédent comme confluence, comme lenteur d'évolution, comme résistance au traitement, etc.

2° **Syphilide papulo-tuberculeuse hémorrhagique.** — Cette seconde variété est tout à fait exceptionnelle. Je n'en compte guère que quatre cas dans mes notes.

Elle consiste en des papules tuberculeuses présentant la particularité d'être devenues partiellement ou complètement hémorrhagiques. Ces papules offrent une teinte *sanguine*, purpurine, ne s'effaçant pas sous le doigt, témoignage non équivoque d'une suffusion sanguine qui s'est produite dans leur tissu.

Le Dr Audry (de Toulouse) a relaté une belle observation de cet ordre, recueillie sur un jeune homme de vingt-trois ans, amaigri, débilité, mais non hémophilique, qui présenta, dès les premiers mois de sa syphilis, une éruption confluente de papules hémorrhagiques. Cette syphilide était composée par une multitude de papules qui, par fusion réciproque, avaient formé de vastes placards à contours polycycliques, peu élevés, lisses de surface, et offrant une teinte *lie de vin*, absolument purpurique. Le dos en était littéralement criblé. « Vus à distance, les téguments du malade rappelaient tout à fait l'apparence d'une peau de léopard (1) ».

(1) Voy. la relation de ce cas curieux, avec la photographie qui l'accompagne, dans les *Annales de dermat. et de syph.*, 1894, p. 223.

DEUXIÈME TYPE : **SYPHILIDE PAPULEUSE EXFOLIATRICE.**

Je ne saurais mieux faire, pour donner d'emblée une idée générale de ce type éruptif, que de prendre une comparaison et de dire : Il répond à peu près à ce qu'est un placard de dermatite exfoliatrice ou d'herpétide maligne. Et, en effet, on ne saurait méconnaître entre ces trois types dermatologiques une analogie objective vraiment digne de remarque.

Cette syphilide se présente donc sous forme de **placards rosés exfoliants.**

Les grands placards qui la constituent ne sont pas primitifs, au moins en général. Bien plus habituellement ils résultent de l'agmination de papules originelles, primordiales, qui, plus ou moins confluentes, aboutissent à se confondre par voie de croissance excentrique. Donc, nécessairement, ils sont circonscrits à leur pourtour par des bords festonnés, géographiques, présentant çà et là quelques segments de circonférence, vestiges des papules initiales englobées dans l'ensemble éruptif.

Ces placards sont vastes, généralement comparables comme surface à l'étendue de la main ou même des deux mains, voire plus considérables encore quelquefois. Ils peuvent couvrir toute une région, comme la partie supérieure du dos, par exemple, comme toute la surface palmaire ou plantaire.

Ils sont plus ou moins nombreux, suivant les cas.

Le tronc, surtout à sa partie postérieure, et les extrémités des membres leur servent de localisations usuelles.

Déjà, de par le seul fait de leurs grandes dimensions, ces placards éruptifs s'écartent de ce qu'il est habituel d'observer dans la syphilis secondaire, où des éruptions en nappe, de cette étendue surtout, sont tout à fait exceptionnelles. Mais voici qui accentue mieux encore leur caractéristique objective.

Ces placards sont en état de *desquamation*, et leur desquamation est particulièrement remarquable à trois points de vue :

1° En ce qu'elle est *abondante*, infiniment plus abondante que la desquamation ordinaire des syphilides papuleuses ;

2° En ce qu'elle est *caduque*, c'est-à-dire qu'au lieu d'être adhérente (comme celle du psoriasis, par exemple) et de former des stratifications stables, des carapaces persistantes, elle se détache facilement, presque au fur et à mesure de sa formation ;

3° Et surtout en ce qu'elle se produit sous la forme de *lamelles foliacées* assez larges, mais très minces, membraneuses, papyracées, semblables à des fragments de **pelure d'oignon**. — Elle est donc très différente, à ce point de vue, soit de la desquamation psoriasique, soit, plus encore, de la desquamation des syphilides papuleuses ; —

et, tout au contraire, elle se rapproche de celle de la dermatite exfoliatrice ou des herpétides malignes.

Aussi bien par ce fait, non moins que par l'étendue de ses placards, cette variété de syphilide comporte-t-elle l'aspect d'une éruption maligne; du moins en éveille-t-elle l'idée, et cela principalement, je le répète, par sa desquamation *foliacée*.

Ajoutez qu'elle est particulièrement tenace, rebelle; — et, finalement, qu'elle résiste longtemps au mercure, non moins qu'au traitement mixte.

TROISIÈME TYPE : **SYPHILIDE PAPULEUSE NIGRICANTE.**

Ce type emprunte sa caractéristique non pas à quelque attribut de sa phase éruptive, mais bien, si je puis ainsi parler, à un *reliquat post-éruptif*, consistant en une suffusion pigmentaire que laisse après elle l'éruption.

A sa période d'état, c'est purement et simplement une syphilide papuleuse n'ayant rien de bien remarquable, une syphilide papuleuse à papules, certes, assez confluentes, assez larges, assez importantes comme développement, mais n'autorisant pas d'ailleurs à suspecter de par elle seule une réelle malignité. Et c'est *après la phase éruptive* que la malignité ou tout au moins la gravité du type se révèle, alors que l'éruption est en voie d'effacement. Car, à ce moment, c'est-à-dire alors que la desquamation s'est effectuée, alors que les papules sont aplanies, des macules de terminaison commencent à se révéler avec une teinte anomale toute particulière.

D'un rouge brun, d'un rouge jambon, tout d'abord, ces macules se foncent bientôt, puis se foncent de plus en plus, en prenant un ton grisâtre, gris noir, *pigmentaire*, dans toute l'acception du mot, quelquefois même presque noir. Bref, l'ancien exanthème tout entier devient *nigricant*, suivant un terme d'autrefois.

De là le nom de *Syphilide papuleuse nigricante* que j'ai proposé pour ce type morbide vraiment singulier.

Or, la pigmentation qui se produit en pareil cas est de telle nature qu'elle constitue pour les malades une réelle aggravation en tant que symptôme visible, vexatoire, affichant. D'autre part, elle est éminemment persistante et rebelle (au moins jusqu'ici) à toute médication. Le mercure et l'iodure n'y font rien, et tous les topiques ne la modifient pas davantage. Elle ne s'efface que par le temps et au prix de beaucoup de temps. Quatre fois j'ai vu des macules de ce genre persister encore, bien que plus ou moins atténuées, après 8, 10, 13 et 17 mois.

Telles sont les trois formes de syphilides secondaires pour lesquelles j'ai cru légitime la qualification de syphilides secondaires malignes.

Malignes, elles le sont bien sûrement de par la modalité anormale

et sévère que revêt leur éruption, modalité tout à fait différente de celle qui est habituelle aux syphilides communes de la période secondaire.

Malignes, elles ne le sont pas moins à un autre point de vue, plus probant encore, voire décisif en l'espèce, à savoir de par la qualité des symptômes avec lesquels elles coexistent usuellement.

Ce n'est pas le propre, en effet, de telles syphilides de se produire isolément. Presque invariablement, au contraire, elles font partie d'un ensemble, d'un cortège de manifestations spécifiques. Or, quelles sont ces manifestations ?

D'abord, des accidents syphilitiques toujours plus ou moins sérieux, au nombre desquels figurent : en première ligne, l'iritis ou l'irido-choroïdite, compagne habituelle des formes graves de la syphilis secondaire ; — la céphalée ; — les périostites ; — les douleurs ostéocopes; — les myosalgies, etc.

Très souvent aussi la fièvre syphilitique vient prendre place dans la scène morbide, et quelquefois sous des formes intenses, persistantes (*typhose secondaire*).

Puis à cela s'ajoutent assez habituellement des troubles nerveux : insomnie ; névralgies ou douleurs névralgiformes ; troubles divers de la sensibilité ; — des troubles digestifs : inappétence, dégoût, dyspepsie, etc ; — et, plus souvent encore, des symptômes généraux d'anémie, d'amaigrissement, d'asthénie générale, d'accablement, de débilitation, quelquefois même (mais ceci n'est plus qu'exceptionnel) d'une sorte de cachexie aiguë, de cachexie toxique, semblant menacer les sources mêmes de la vie.

Simple détail, mais détail topique en l'espèce : Est-ce que ces syphilides malignes (d'ordre *secondaire*, qu'on ne perde pas cela de vue) font usuellement société avec le plus commun de tous les accidents secondaires, notamment avec l'accident secondaire par excellence, à savoir la plaque muqueuse? Généralement, non. Je n'oserais dire toujours, mais presque toujours la plaque muqueuse fait défaut sur les malades affectés de telles syphilides. Il semblerait que la diathèse, alors qu'elle se caractérise par ces formes graves de manifestations cutanées, plane au-dessus de la plaque muqueuse comme niveau d'intensité morbide, et qu'elle ne va plus de pair, si je puis ainsi parler, avec un accident aussi bénin.

En tout cas, la coïncidence usuelle avec ces syphilides de manifestations ou importantes ou même graves, notamment de troubles généraux affectant tout l'être et s'en prenant à ce qu'on appelle *la santé*, constitue une preuve significative à l'appui de ce que je disais tout à l'heure, à savoir : que les trois types anormaux de syphilides secondaires dont l'étude vient de nous occuper sont l'expression d'un véritable état de malignité morbide. Très sûrement, ils témoignent d'une infection *intensive*, au moins pour le présent, d'une

infection supérieure à son taux normal, à sa moyenne courante.

C'est à ce titre surtout que ces syphilides secondaires anormales m'ont paru dignes d'une description particulière et d'une dénomination spéciale.

V

SYPHILIDE PIGMENTAIRE.

A la suite de cette description des syphilides, je dois donner place maintenant à certaines déterminations cutanées de la syphilis qui ne sauraient être assimilées aux syphilides vraies, proprement dites.

Bien que siégeant à la peau, elles ne sauraient, dis-je, être assimilées aux syphilides, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, elles n'ont pas l'évolution des syphilides; — et parce qu'en second lieu elles ne sont pas influencées comme celles-ci, c'est-à-dire modifiées et guéries, par les agents antisyphilitiques. Que sont-elles donc alors ? Très vraisemblablement, elles font partie du groupe de ces curieuses manifestations qui, syphilitiques d'origine, ne sont pas syphilitiques de nature et pour lesquelles j'ai proposé la qualification de **parasyphilitiques**. En tout cas, elles répondent bien à la double caractéristique de ce groupe en ce sens : 1° qu'elles sont les analogues d'autres déterminations cutanées issues de causes absolument étrangères à la syphilis ; — et 2° qu'elles se montrent réfractaires à l'action des remèdes antisyphilitiques.

I. — Le prototype de ces dermatoses parasyphilitiques est la manifestation actuellement bien connue sous les noms de **syphilide pigmentaire**, de **syphilide maculeuse du cou** (sa région favorite), de **vitiligo** ou **leucodermie** ou **leucopathie syphilitique**, etc.

Signalée pour la première fois par Hardy (1854), qui lui a donné le nom de syphilide pigmentaire, elle a servi de texte depuis lors à de très nombreux travaux, dont les plus importants seront visés dans ce qui va suivre.

Chronologiquement, elle constitue une détermination *secondaire*. Elle apparaît presque toujours, en effet, au cours de la première année et souvent même du premier semestre (1) de l'infection, quelquefois dans la seconde année, exceptionnellement au delà (2).

Longtemps on l'avait crue exclusive au sexe féminin. C'était là

(1) Notre collègue A. Renault l'aurait observée plusieurs fois, affirme-t-il, « dès la première poussée des accidents secondaires, c'est-à-dire à deux ou trois mois en moyenne du début de la maladie ».

(2) Le Dr Schwimmer dit en avoir observé un cas au cours de la cinquième année de l'infection.

une erreur, qu'a redressée l'observation ; car on a maintes fois signalé cette manifestation sur l'homme. De Maïeff, par exemple, à l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg, l'a constatée 18 fois sur 448 malades (1). Mais toujours est-il qu'elle se rencontre chez la femme (et surtout chez la jeune femme) d'une façon incomparablement plus fréquente que chez l'homme (2). — A remarquer aussi que, dans le sexe masculin, elle paraît se produire de préférence sur les sujets jeunes, blonds, à peau blanche et féminine (3).

Disons de plus immédiatement qu'elle est particulièrement remarquable par une localisation spéciale. Vingt-neuf fois sur trente, environ, elle siège sur le **cou** et presque exclusivement là. Elle peut cependant, comme nous le verrons, affecter d'autres départements cutanés.

J'ajouterai enfin qu'elle ne paraît pas reliée à telle ou telle forme de syphilis, notamment aux syphilis originairement graves. Presque toujours au contraire elle se produit au cours de syphilis ou moyennes ou bénignes (4).

Caractéristique. — Ce qu'il importe de bien spécifier tout d'abord, c'est qu'elle se développe originairement sous la forme qui lui est propre, c'est qu'elle naît avec la modalité dermatologique qu'elle doit conserver plus tard et indéfiniment. En autres termes, elle ne consiste pas — comme certains auteurs l'ont prétendu bien à tort — en une affection pigmentaire consécutive, qui succéderait à une éruption d'autre nature, à la façon, par exemple, de ces maculatures noirâtres qui succèdent et survivent à certaines papules syphilitiques (5). Non ; c'est une affection pigmentaire *primitive*, une

(1) Voy. Romalo, Syphilide pigmentaire chez l'homme, thèse de Paris, 1885.

(2) On l'a observée également chez les races à tégument plus coloré que le nôtre. Dans un très intéressant mémoire, MM. Rey et Chalançon (d'Alger) ont établi : « que la syphilide maculeuse (qui serait mieux dite syphilide pigmentaire réticulée) se rencontre chez les *races indigènes de l'Algérie* (arabe, kabyle et juive) ; — qu'elle est même notablement *plus fréquente* qu'en France ; — qu'elle affecte des caractères d'étendue et de coloration plus tranchés et plus typiques qu'en France ; — que, chez les femmes espagnoles, elle semble, comme étendue et comme intensité de teinte, servir de trait d'union entre la France et ses sujets de l'Afrique du Nord ; etc., etc. » (*Annales de dermat. et de syph.*, 1892.)

(3) Une statistique due à M. le Dr Maireau témoigne d'une supériorité notable de fréquence entre dix-sept à vingt-six ans, relativement aux syphilis qui débutent dans un âge plus avancé.

(4) Ceci est important à remarquer en réponse à certaine doctrine d'après laquelle cette manifestation cutanée serait non pas une émanation, un produit de la syphilis, mais bien une mélanodermie *cachectique*, du genre de celles qu'on observe quelquefois dans les grands états de débilitation, de dénutrition générale, de consomption.

(5) Il serait inutile, je crois, de m'arrêter à réfuter la vieille doctrine d'après laquelle la syphilide pigmentaire ne serait que « le vestige, le reliquat, la phase terminale de syphilides d'autre nature ». Bien qu'elle compte encore, paraît-il, quelques partisans, cette opinion ne soutient pas l'analyse. Trois raisons la condamnent absolument, à savoir :

I. — D'abord, non-existence de syphilides se circonscrivant au cou, en y affectant une topographie symétrique, circulaire, *en collier*. — Qui a jamais vu des syphi-

affection pigmentaire *d'emblée*, qui *naît pigmentaire*, comme elle doit le rester plus tard. Cela résulte, en toute évidence et au-dessus de toute discussion possible, de nombreux cas où l'on a eu l'occasion de la surprendre à son début même et de la suivre dans son développement progressif. Dans les cas de ce genre on a dûment constaté — et que de fois, pour ma part, ne l'ai-je pas constaté ! — que cette syphilide pigmentaire, d'une part, fait invasion pour son compte personnel, si je puis ainsi parler, sur une peau saine et indemne de toute éruption préalable, et, d'autre part, qu'elle se développe originairement, primitivement, sous forme de traînées maculeuses et simplement maculeuses, sans association, sans mélange *in situ* d'aucun autre élément éruptif.

Née de la sorte, et cela sans prodromes, sans douleurs, sans le moindre symptôme local contemporain, en un mot d'une façon absolument inconsciente, elle s'étend ensuite et s'accentue assez rapidement (1). On peut la dire constituée et parvenue à son état adulte, définitif, en l'espace de quelques septénaires.

Examinée à cette époque, elle consiste en ceci : une série de marbrures pigmentées, grisâtres, disposées sans ordre régulier les unes au voisinage des autres, s'anastomosant pour la plupart, et enclavant dans leurs mailles des îlots de téguments restés sains.

De la sorte, cette pigmentation aréolaire figure sur le cou (son siège habituel, nous l'avons dit) une espèce de réseau, de dentelle ou de résille à larges mailles.

Voilà pour l'aspect général. Précisons maintenant les détails.

Les taches qui constituent l'éruption consistent en de simples macules pigmentaires, macules incluses dans la peau et dans une

lides de cette localisation et surtout de cette configuration ? Qui a jamais vu, sur le cou, des syphilides *en collier* ?

II. — En second lieu, témoignage précis des malades, unanimes à affirmer que « leurs taches du cou se sont produites primitivement, d'emblée, *telles qu'elles sont restées plus tard* ».

III. — Enfin, cas assez nombreux où des médecins ont assisté à l'éclosion et à la constitution de cette syphilide pigmentaire, qu'ils ont vue naître *pigmentaire*, pigmentaire *ab ovo*, sans mélange d'éruptions d'un autre ordre. — Cela est formel et clôt la discussion.

Sans doute, on peut rencontrer sur la région cervicale des macules consécutives à d'autres éruptions, notamment à des syphilides papuleuses, papulo-croûteuses, etc. Mais ce qu'on observe alors consiste en des macules isolées, arrondies, lenticulaires, disséminées au hasard, affectant sans symétrie tels ou tels districts du cou, ne présentant jamais la configuration en réseau propre à la syphilide pigmentaire. Impossible vraiment d'assimiler de telles macules *consécutives* à la pigmentation primitive et si spéciale qui constitue le type que nous décrivons; impossible de confondre des choses si dissemblables.

(1) A citer comme exemple un cas dans lequel le Dr Barthélemy aurait vu une syphilide de ce genre apparaître et se constituer « en quelques jours ». — Cette rapidité de constitution des taches maculeuses ne ressort pas moins des déclarations de certaines femmes très soigneuses de leur personne et très attentives au moindre incident pouvant porter ombrage à l'éclat de leur peau.

peau d'ailleurs parfaitement saine, exempte de tout symptôme morbide, c'est-à-dire, pour préciser, n'offrant ni rougeur, ni saillie, ni épaississement, ni desquamation, etc. Comme seule et unique lésion on constate ceci : une peau hyperpigmentée, hyperchromiée par places, et rien autre. C'est le masque de la grossesse, c'est le *chloasma* utérin transporté sur le cou, c'est un *chloasma cervical*, et rien de plus.

D'autre part, ces taches sont singulières de forme. Elles figurent des traînées, des marbrures, des bandes pigmentées, lesquelles, le plus habituellement, présentent une direction transversale ou légèrement oblique.

Elles sont toujours plus ou moins confluentes. Si bien qu'elles aboutissent à se rencontrer, à se toucher, à se confondre dans leurs trajets capricieux. On les voit alors s'entre-croiser, s'enchevêtrer, décrire de la sorte des festons irréguliers, et constituer finalement un véritable *réseau*, dont les mailles enclavent des îlots de téguments sains. C'est là le type dit *réticulaire*.

Comme teinte, elles rappellent exactement ce qu'est le masque de la grossesse. C'est dire qu'elles sont généralement grises et d'un gris plus ou moins foncé, maculeux, bistre, cendré. Variables du reste comme intensité de coloration, tantôt elles se présentent très atténuées de ton, au point de n'être appréciables qu'à un examen attentif; tantôt, à l'extrême opposé, elles offrent une coloration d'un gris foncé, nigricant; quelquefois encore, mais plus rarement, elles affectent une teinte ocreuse, par association à leur nuance grise d'un certain reflet jaunâtre, jaune sale. Le plus souvent, en tout cas (qu'on me pardonne cette comparaison « naturaliste »), elles ont le ton de la *crasse* et rappellent tout à fait ce qu'est le cou sale des sujets pour qui les ablutions sont un luxe inusité. C'est là du reste une comparaison que vous répètent toutes les femmes. Au début, quand elles se sont aperçues de ces taches pour la première fois, elles ont cru, vous disent-elles, qu'elles avaient le cou malpropre; elles « ont pris cela pour des taches de saleté », et, pour s'en débarrasser, « elles sont allées, mais sans succès, se laver le cou, et ont été fort étonnées de le voir rester noir en dépit de nombreux savonnages ».

La syphilide pigmentaire ne s'étale pas sur la peau en nappe uniforme. Tout au contraire, ainsi que nous l'avons dit, elle respecte certains *îlots* tégumentaires qui conservent leur état normal. Ces îlots, irréguliers de forme, le plus souvent toutefois arrondis ou ovalaires, d'étendue comparable en général à celle d'une pièce de 20 centimes ou d'une amande d'abricot, sont exactement enclavés dans les mailles du réseau pigmentaire qui constitue l'éruption. Et de là deux conséquences, à savoir :

1° C'est, d'abord, que l'ensemble éruptif paraît constitué par une

sorte de *dentelle* ou de résille à larges mailles, dentelle ou résille dont la trame est formée par les marbrures hyperchromiques, et les mailles par les îlots de téguments restés sains. — Or, cette disposition aréolaire ou « en résille » de la mélanodermie syphilitique est presque spéciale et confère à l'éruption une physionomie véritablement distinctive.

2° C'est, en second lieu, que les îlots tégumentaires sains, encadrés par le réseau maculeux, prennent de ce fait une apparence *vitiligineuse*. De même qu'en peinture un ton noir fait « valoir », comme on dit vulgairement, un ton clair avoisinant, de même ici, par opposition, par contraste, les îlots blancs de téguments sains apparaissent plus blancs qu'ils ne le sont en réalité, et cela par le fait de leur enclavement dans des tissus de coloration foncée. On les croirait décolorés, on les croirait *vitiligineux*. L'illusion est souvent complète, à ce point que certains observateurs s'y sont trompés et ont soutenu qu'en réalité l'affection se composait de deux lésions tégumentaires d'ordre opposé, à savoir : de taches noires, bien évidentes, irrécusables, constituant une hyperchromie, et de taches blanches, constituant un véritable vitiligo.

Qu'il en soit ainsi dans certaines éruptions syphilitiques dont il a été question ces derniers temps et que j'ai décrites sous le nom de *Leucomélanodermies*, c'est là un fait non contestable ; mais, en l'espèce, en ce qui concerne le type éruptif spécial connu sous le nom de « syphilide pigmentaire du cou », la qualité vitiligineuse des îlots enclavés dans le réseau maculeux n'est qu'une apparence, une erreur d'optique. Et de cela voici une double preuve :

1° Preuve expérimentale : Pratiquez, au centre d'une feuille de papier ou d'une carte de visite, un trou circulaire de quelques millimètres de diamètre ; puis, appliquez cette feuille sur le cou de la malade, de façon que le trou corresponde à une prétendue plaque vitiligineuse. Tout aussitôt cette plaque vous apparaîtra avec une teinte identique à celle de la peau saine, c'est-à-dire avec une teinte normale, non décolorée, n'ayant plus rien de vitiligineux. Soulevez la feuille ou la carte, et immédiatement cette plaque reprendra, par opposition avec les parties pigmentées qui ne seront plus couvertes, son apparence de vitiligo. Donc, il n'y a là qu'une apparence, résultat d'un contraste de couleurs.

2° Preuve anatomique : Le Dr V. Tanturri, qui a eu l'occasion d'examiner au microscope la peau de malades affectés de syphilide pigmentaire, a trouvé dans les points d'apparence vitiligineuse « autant de pigment qu'à l'état normal ». Par conséquent, dit-il, l'opinion qui introduit le vitiligo dans la syphilide pigmentaire ou même assimile cette syphilide à un vitiligo est uniquement basée sur une illusion d'optique.

Localisations. — Enfin, quant à sa topographie, nous savons déjà

que la syphilide pigmentaire est remarquable par une localisation toute particulière. Elle a un véritable siège de prédilection, à savoir la *région cervicale*.

Assez habituellement elle est là symétrique et circulaire, c'est-à-dire qu'elle contourne le cou comme le ferait une cravate ou un collier, d'où le nom qui lui est parfois donné de **collier de Vénus**. Elle peut être, du reste, plus ou moins fortement accusée sur tel ou tel point de son trajet. Ainsi elle affecte assez souvent un ton plus foncé sur les parties latérales du cou que sur les régions antérieure et postérieure.

D'autres fois elle n'est que partielle; généralement alors elle se limite aux parties latérales presque exclusivement.

D'une façon beaucoup plus rare, elle descend et se propage du cou sur les parties supérieures du thorax (région interscapulaire, région sus-clavière, épaule, aisselle, etc.).

Exceptionnellement, on l'a vue projeter quelques placards sur les flancs, l'abdomen, la région lombo-dorsale, l'épaule et la partie supérieure des bras (1), voire la région supéro-interne des cuisses.

Une seule fois jusqu'ici, et cela dans un cas sur lequel j'aurai bientôt l'occasion de revenir, je l'ai rencontrée à la face.

Sur ces derniers sièges d'exception, elle conserve ses caractères généraux d'éruption maculeuse et aréolaire ; mais la teinte en est habituellement peu foncée, et les aréoles beaucoup moins apparentes, bien moins nettement formulées.

Enfin, dans une forme disséminée encore plus rare, on l'a vue se produire simultanément sur plusieurs régions du corps. Une observation intéressante de Chauveau (2) est relative à un jeune soldat qui, au cours de la période secondaire, vint à présenter, coïncidemment avec d'autres manifestations cutanées, toute une série de pigmentations éparses sur le visage, le tronc et les membres.

Variété: **Syphilide pigmentaire à lunules.** — D'une façon beaucoup plus rare, la syphilide pigmentaire se présente sous l'aspect d'une *nappe maculeuse* qui s'étale uniformément sur le cou, sans offrir cette configuration en réseau, en dentelle, qui lui est si familière. Ce qu'on voit alors, c'est le cou pigmenté dans toute sa hauteur et toute sa circonférence. Çà et là seulement se détachent en blanc sur

(1) Voy. *Annales de dermat. et de syph.*, 1889, p. 17.

(2) Dans un cas relaté par Ignazio Tortora, une syphilide pigmentaire s'étalait sur le cou, la poitrine, le dos et les bras, jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant au-dessous de la pointe des seins.

Un autre cas de syphilide pigmentaire très étendue a été présenté par le Dr Hudelo à la *Société de dermat. et de syph.* (11 février 1892).

On a cité enfin quelques cas dans lesquels cette syphilide pigmentaire se serait quasi-généralisée à tout le tronc et aux membres. — Ce ne sont là que des raretés, des exceptions.

cette nappe grisâtre quelques petits ronds ou *lunules*, de 3 à 5 millimètres de diamètre. — Je n'ai rencontré cette forme jusqu'ici que sur la femme.

Évolution, durée. — Une fois constituée de la sorte, que devient cette singulière lésion ?

D'abord, elle n'est pas sujette à modifications. Elle reste ce qu'elle est, sans addition de symptômes nouveaux, notamment sans desquamation, sans épaississement de la peau, sans douleur, sans prurit, et aussi sans tendance à s'accroître, à s'étaler, à envahir des territoires nouveaux.

C'est, en second lieu, une lésion singulièrement *durable*. A l'inverse de la plupart des syphilides, de toutes les syphilides secondaires notamment, qui n'ont qu'un temps d'évolution plus ou moins limité, elle persiste longtemps, très longtemps. Elle persiste même de telle sorte qu'il y a une difficulté pratique presque insurmontable à en fixer la durée habituelle. Pourquoi ? Parce que les malades, guéris des autres accidents de leur diathèse, quittent l'hôpital ou désertent nos cabinets de consultation avant d'être débarrassés de leurs « taches du cou ». Et, alors, que deviennent ces taches ? Quand et comment s'effacent-elles ? On ne le sait. Quant à moi, je l'avoue, après avoir recueilli quantité d'observations relatives à la syphilide pigmentaire, je n'en suis pas moins aujourd'hui à ne pouvoir en fixer la durée usuelle ; et cela, parce que presque invariablement mes observations s'arrêtent alors que ladite syphilide subsistait encore. Tout ce que je suis autorisé à dire, c'est que la persistance de cet accident est longue, incomparablement plus longue que celle des autres syphilides, qu'elle excède, au bas mot, un à deux ans, voire trois ans, et qu'elle est susceptible à coup sûr de dépasser ce terme (1). On affirme avoir vu subsister cette syphilide jusqu'à sept ans (Fiveïsky).

Nature. — Quelle idée nous faire de la nature de cette lésion ?

L'anatomie pathologique a essayé de nous renseigner sur ce point. Des coupes histologiques ont été pratiquées maintes fois sur des lambeaux de peau détachés par biopsie (Tanturri, Saintin, Tortora, Bockhart, de Maïeff, Darier, Audry, etc.). Que nous ont-elles appris ? Deux faits : l'un prévu, nécessaire, à savoir : surabondance d'éléments pigmentaires dans les divers districts de la peau, couche de Malpighi, épiderme, corps papillaire ; — l'autre, inattendu, consistant

(1) On a dit qu'en certains cas cette syphilide pigmentaire du cou disparaît assez rapidement, par exemple en l'espace de quelques semaines ou de quelques mois. Les cas de cet ordre doivent être bien rares, je crois. Je n'en ai pas encore observé, pour ma part.

Voy. Jean de Fisson, *Des syphilides pigmentaires en général et, en particulier, de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme*, thèse de Lille, 1887.

en ceci, d'après de Maïeff : épaississement des artérioles et des veinules cutanées, qui se présentent doublées, triplées, voire quadruplées comme parois vasculaires ; quelquefois même oblitération complète de ces vaisseaux par réduction de calibre et tuméfaction de l'épithélium.

D'où il suivrait, d'après de Maïeff, que la syphilide pigmentaire a pour origine une inflammation chronique et spécifique des petits vaisseaux sanguins de la peau, et qu'elle procède d'une affection endothéliale, au moins à ses débuts.

Quant à la coloration brune des taches, elle aurait sa raison dans la formation du pigment sanguin provenant des thromboses vasculaires, pigment que les cellules migratrices transporteraient dans le corps papillaire et plus tard dans les couches épidermiques.

Que tel soit le processus anatomique de la syphilide pigmentaire, c'est fort possible. Mais, sans doute, ce processus n'est lui-même qu'un intermédiaire entre la lésion et la cause première de cette lésion. Or, quelle est cette cause ? C'est là ce que nous aurions intérêt à savoir, et c'est là, malheureusement, ce que nous ignorons. Les théories, qui ne manquent jamais, n'ont pas fait défaut en l'espèce. On a dit vaguement — mais qu'est-ce que tout cela signifie ? — que la syphilide pigmentaire « dérive d'une altération fonctionnelle des cellules qui produisent le pigment de la peau » ; — qu'elle procède « d'une faculté chromatogène que communique au sang l'infection syphilitique » ; — qu'elle est le résultat « d'une lésion hématique, d'un véritable tatouage hématique, dérivant d'une dissociation de l'hémoglobine, laquelle, par le fait de l'intoxication syphilitique, perdrait son adhérence aux globules et resterait fixée dans les mailles de la peau » ; — qu'elle est constituée par un « chloasma de dénutrition générale », etc. — Plus aventureux encore, un de nos confrères s'est demandé « si la lésion ne serait pas en rapport avec quelque altération des capsules surrénales ». A la vérité, il n'a invoqué aucune preuve anatomique à l'appui de cette hypothèse. — Enfin, pour quelques médecins, l'affection aurait peut-être son point de départ dans le système nerveux, notamment dans les « centres trophiques de la moelle ». Deux raisons, d'après eux, légitimeraient cette manière de voir : d'une part, la symétrie très habituelle de l'éruption, symétrie seulement explicable par un trouble des centres nerveux ; et, d'autre part, la fréquence ultra-prédominante de l'affection chez la femme, laquelle incontestablement est bien plus sujette que l'homme aux désordres nerveux de la syphilis en général et de la syphilis secondaire en particulier, etc.

Tout cela, inutile de le dire, ne constitue que de simples hypothèses, qu'il serait même superflu de discuter ; et la vérité, en l'espèce, est que nous ne savons rien de la nature intime de la lésion.

II. — **Mélanodermies atypiques.** — La syphilide pigmentaire, telle que je viens de la décrire, est le type par excellence des pigmentations *primitives* que réalise la syphilis. Mais ce n'est pas là, à coup sûr, — toujours à ne parler que des pigmentations primitives, c'est-à-dire non précédées d'élément éruptif étranger — le seul type mélanodermique par lequel elle puisse se traduire. On la voit quelquefois, d'une façon infiniment plus rare, à la vérité, déterminer des mélanodermies tout à fait différentes soit comme siège, soit comme configuration, et pour lesquelles une courte mention suffira.

I. — C'est ainsi qu'un de mes malades, au cours d'une syphilis grave, a présenté sur la région du cou un vaste placard noirâtre, presque *noir*, constituant une nappe continue, uniforme, et très différente de la syphilide pigmentaire usuelle par l'absence de toute configuration aréolaire, voire de toute lunule.

II. — De même j'ai observé deux malades (femmes) qui présentaient sur le visage, la nuque et le dos, au pourtour et à large distance de syphilides papulo-tuberculeuses, des pigmentations étendues et très accentuées, sous forme de marbrures, de traînées sinueuses, ou bien encore de taches en bouquet figurant comme des archipels maculeux.

Sur l'une de ces malades, quelques îlots décolorés et véritablement vitiligineux alternaient avec les taches hyperchromiques, en sorte que l'ensemble éruptif constituait réellement ce que j'ai cru pouvoir appeler une *leucomélanodermie* (1).

Le Dr Chambard a observé sur un homme de soixante et onze ans, affecté d'une syphilis d'âge indéterminé, une sorte de *dyschromie pommelée* répandue sur le cou, les aisselles, le thorax et les aines. Le scrotum et le fourreau de la verge tout spécialement présentaient une coloration bronzée, presque noire.

Un autre fait plus étrange encore, relaté par Maurice Doyon, est celui d'un malade qui, au cours d'une syphilis secondaire, présenta, sans parler d'une syphilide pigmentaire classique de la région cervicale, « une *hyperpigmentation générale* des téguments, sur laquelle en outre se détachait une multitude de macules lenticulaires d'une teinte noire beaucoup plus foncée (2) ».

Les mélanodermies que je viens de décrire sont toutes affections dont l'étiologie ne fait doute pour personne. En ce qui concerne notamment la syphilide pigmentaire cervicale, pas un médecin ne consentirait aujourd'hui à récuser les relations pathogéniques qui la rattachent à la syphilis. A ce point que, dans tous les livres du jour, dans toutes les monographies, cette syphilide est donnée comme

(1) Voy. *Bulletin de la Société française de dermat. et de syphiligraphie*, 1893, p. 350.

(2) *Annales de dermat. et de syph.*, 1888, p. 335.

constituant un témoignage, un véritable « certificat » d'infection spécifique. N'a-t-on pas dit qu'au point de vue séméiologique elle équivalait « à la signature de la vérole sur le cou du malade » ?

Eh bien, cela admis, remarquons maintenant les deux points que voici :

I. — Est-ce que, d'abord, ces pigmentations de la syphilis sont constituées par une *lésion propre* à la syphilis ? — Pour cela, non.

Certes, elles offrent bien certaines particularités de détail que leur confère sans doute leur origine spéciale, telles que localisation sur le cou, configuration réticulée, etc. Mais cela n'est que secondaire. En tant que caractères de fond, en tant que caractères constitutifs, qu'y trouvons-nous? Rien de spécial, rien qui leur appartienne en propre. Que sont-elles donc, ces lésions, au total? Des hyperchromies, et rien de plus; des hyperchromies, comme en produisent tant d'autres conditions pathologiques étrangères à la syphilis, voire comme en produisent certaines conditions physiologiques.

En un mot, ce sont des hyperchromies ayant non pas seulement leurs analogues, mais leurs homologues dans le chloasma utérin ou gravidique, dans les mélanodermies cachectiques, dans les pigmentations naturelles à certains sujets, etc.

J'insiste et je dis :

Quelle différenciation introduire, en tant que qualité de lésions, par exemple entre la syphilide pigmentaire et le masque de la grossesse ? Cliniquement, c'est tout un. Je puis même, à ce point de vue, citer un fait assez piquant. Ces derniers temps, j'avais dans mon service une toute jeune femme, syphilitique de fraîche date, qui présentait (chose très rare) une syphilide pigmentaire du visage, localisée sur le front, les joues, la lèvre supérieure et le menton. On eût dit un masque de grossesse; or cette femme n'avait jamais eu de grossesse. A titre de curiosité, je l'adressai à mon distingué collègue et ami le professeur Pinard, comme un spécimen de syphilide pigmentaire simulant un chloasma gravidique. Or, le hasard fit que M. Pinard, à son tour, nous envoya le lendemain une femme de son service qui, non syphilitique, mais enceinte, présentait un masque de grossesse exactement identique, comme siège et comme teinte, à la syphilide pigmentaire de notre malade. Les deux éruptions « faisaient la paire », tant elles semblaient copiées l'une sur l'autre, bien que dérivant de causes absolument différentes.

De même, quelle différenciation introduire — toujours en tant que qualité de lésions — entre la syphilide pigmentaire et certaines mélanodermies cachectiques, notamment les mélanodermies que produit parfois la tuberculose?

Je conserve la photographie d'une éruption maculeuse du cou, qui n'a été récusée par aucun des nombreux médecins auxquels je l'ai montrée pour un type accompli de syphilide pigmentaire réticulée.

Eh bien, cette prétendue syphilide pigmentaire n'est rien autre qu'une mélanodermie tuberculeuse. La jeune malade qui présentait cette lésion, d'une part, était vierge, et, d'autre part, ne présentait aucun signe de syphilis, soit acquise, soit héréditaire. Inutile de dire si j'ai obstinément recherché la syphilis sur elle; *je voulais la trouver*, car c'était la première fois que je voyais mis en défaut le fameux signe du « collier de Vénus » en tant que témoignage d'infection syphilitique. Or, impossible de la trouver. Et, comme cette jeune fille était tuberculeuse, phthisique même et déjà cachectique, force m'a bien été de rapporter à la tuberculose cette mélanodermie cervicale réticulée.

Depuis lors plusieurs cas de même ordre ont été produits, notamment par MM. Thibierge et Laurent. En sorte que dès aujourd'hui il ne serait pas excessif, je pense, d'admettre : 1° que l'intoxication tuberculeuse est susceptible de se traduire par des mélanodermies auxquelles serait applicable la dénomination de *tuberculides pigmentaires* ; — 2° qu'une variété de localisation de cette tuberculide pigmentaire peut se cantonner sur la région cervicale en forme de collier et affecter là une réelle identité objective avec le fameux *collier de Vénus* qui passait jusqu'ici pour l'apanage exclusif de la syphilis (1).

Il y a plus encore : c'est que des pigmentations analogues (à cela près de la disposition réticulée) aux pigmentations de la syphilis s'observent quelquefois *à l'état physiologique*, par exemple chez les femmes fortement brunes. J'avais dans mon service, il y a quelques mois, une jeune virago extraordinairement brune, qui présentait, disséminés çà et là (notamment sur le cou, le front, la lèvre supérieure, les aisselles, les flancs et la partie supéro-interne des cuisses), des placards pigmentaires tout à fait semblables comme coloration aux pigmentations de la syphilis ou de la grossesse; et cependant elle n'avait pas la syphilis, et cependant elle n'avait jamais été grosse.

II. — Le second fait sur lequel il me reste à appeler l'attention est plus curieux encore.

Je le répète, il n'est personne pour récuser aux mélanodermies en question, qui sont si communes au cours de la syphilis secondaire, une connexion pathogénique avec la syphilis.

Eh bien, cependant, ces manifestations, dont l'origine spécifique n'est pas récusable, se montrent absolument *réfractaires* au traitement qui guérit usuellement la syphilis. Le mercure, d'abord, — particularité à coup sûr bien exceptionnelle — n'exerce sur elles aucune action. L'iodure de potassium ne les influence pas davantage. Et l'association de ces deux remèdes ne se montre pas plus efficace.

(1) M. le Dr Chauffard a observé deux cas semblables « chez des chlorotiques vraies, non tuberculeuses ».

Cela, tout le monde — ou bien peu s'en faut (1) — le dit et le professe. Pour ma part, je déclare que, sur l'invitation de quelques-unes de mes malades que désespéraient « ces affreuses taches du cou », j'ai parfois poussé aussi loin que possible les doses du mercure et de l'iodure sans en obtenir d'effets appréciables. La chose est donc jugée, et, comme l'a dit Tanturri, « le temps est le seul remède de la syphilide pigmentaire ».

Ce défaut d'action du traitement spécifique sur les accidents de cet ordre devient surtout manifeste, par opposition, en certains cas où les malades présentent coïncidemment une syphilide pigmentaire et telles autres manifestations de syphilis. On voit alors — contraste curieux — ces autres manifestations céder rapidement à la médication spécifique, tandis que la syphilide pigmentaire subsiste, immuable, exactement comme si l'on n'eût rien fait. Exemple : Une malade de mes salles était affectée à la fois et d'une pigmentation réticulée du cou et d'une syphilide papulo-tuberculeuse intense, confluente, criblant de ses souillures presque tout le corps. A l'avance j'annonçai à mes élèves ce qui allait arriver, à savoir « qu'un traitement mercuriel un peu énergique ferait justice en moins d'un mois de cette affreuse syphilide papulo-tuberculeuse, mais laisserait subsister la syphilide pigmentaire du cou ». Et l'événement a réalisé de tous points cette facile prophétie.

Fort heureusement, en l'espèce, cette impuissance de l'art ne porte pas à conséquence. Car l'affection n'est ni sérieuse ni douloureuse. Elle ne constitue pour les malades qu'un ennui, une vexation. Encore la coquetterie ingénieuse des femmes trouve-t-elle le plus souvent moyen de dissimuler cette disgrâce par quelque artifice de toilette (col montant, collier, ruban, poudre de riz, blanc de fard, etc.) (2).

Diagnostic. — La syphilide pigmentaire a une physionomie toute spéciale qui ne prête guère à confusion. Trois caractères surtout la signalent, la dénoncent véritablement, dirai-je, à savoir :

1° Sa qualité d'affection *pigmentaire*, sans mélange d'aucun autre élément éruptif ;

2° Sa *localisation* si particulière sur la région cervicale ;

3° Sa *configuration éruptive* consistant en une pigmentation réticulée, aréolaire, en dentelle, en guipure. — Ce dernier caractère est presque pathognomonique, car toutes les autres mélanodermies (à de

(1) Ces derniers temps, MM. Le Pileur et Jullien ont dit avoir obtenu quelques effets curatifs des injections mercurielles contre la syphilide pigmentaire.

(2) A défaut du traitement général, on a essayé contre la syphilide pigmentaire une foule de topiques, à savoir : badigeonnages à la teinture d'iode, applications de compresses imbibées d'une solution de sublimé, collodion au sublimé, pulvérisations au sublimé, frictions mercurielles, traumaticine à l'acide chrysophanique, bains de tous genres, etc., etc. — Je n'ai jamais retiré un profit notable de cette médication externe.

rarissimes exceptions près) se produisent soit en nappes, soit en foyers diffus, sans présenter jamais la disposition en réseau sur laquelle nous avons insisté précédemment.

Aussi bien, la syphilide pigmentaire sera toujours facilement distinguée soit du *hâle calorique*, qui n'affecte jamais sur le cou que les parties découvertes, qui s'arrête brusquement au niveau des parties couvertes, qui ne présente jamais de disposition réticulaire ; — soit du *chloasma utérin* ou masque de grossesse, qui a la face pour siège de prédilection ; — soit des éphélides, — soit des pigmentations parasitaires (phthiriase), cachectiques ou tuberculeuses ; — soit de la mélanodermie d'Addison, laquelle présente pour caractères d'être générale et uniforme dans sa distribution.

Les commémoratifs empêcheront aussi de la confondre avec les macules *consécutives* de certaines éruptions spécifiques.

Ces exclusions faites, reste une seule lésion qui pourrait donner le change, c'est le *pityriasis versicolor*. Cette dernière maladie présente en effet une certaine analogie d'apparence avec la syphilide pigmentaire, surtout dans ses formes à coloration un peu bistrée ; mais elle s'en différencie aisément : 1° en ce qu'au lieu d'être simplement maculeuse, elle desquame légèrement et offre à sa surface une fine poussière furfuracée ; — 2° en ce qu'elle est plus jaune, plus ocreuse, plus semblable à la couleur du « café au lait » ; — 3° en ce qu'elle s'accompagne d'un léger prurit ; — 4° en ce qu'elle n'affecte le cou que par extension, son siège principal étant le thorax ; — 5° enfin et surtout, caractère essentiel, pathognomonique, en ce que ses squames contiennent une matière cryptogamique, un champignon spécial, le *Microsporon furfur*.

J'ai bien signalé dans ce qui précède le fait d'une mélanodermie tuberculeuse qui affectait la région cervicale et s'y présentait avec une configuration réticulée absolument identique à celle de la syphilide pigmentaire. Mais ce n'est là, à coup sûr, qu'un fait très exceptionnel.

Telle est cette syphilide pigmentaire, sur laquelle on a beaucoup écrit, beaucoup discuté dans ces derniers temps, et dont la caractéristique, très simple en somme, peut se résumer comme il suit : Une lésion maculeuse de la peau, se produisant au cours de la période secondaire de la syphilis ; — infiniment plus commune chez la femme que chez l'homme ; — occupant presque toujours la région du cou ; — indolente, aprurigineuse ; — chronique d'évolution, et rebelle jusqu'à ce jour à tous les agents thérapeutiques.

D'une part, se traduisant par des lésions qui n'appartiennent pas exclusivement à la syphilis, et, d'autre part, réfractaire aux modificateurs usuels des lésions syphilitiques, elle rentre, à ce double titre, dans le groupe des affections que nous aurons à décrire plus tard sous le nom de *parasyphilitiques*.

En tout cas, pour le praticien, le réel intérêt de la syphilide pigmentaire réside dans la *signification diagnostique* qui s'y rattache. Et, en effet, je ne crains pas de le répéter, cette syphilide pigmentaire, bien qu'insignifiante en elle-même, n'en constitue pas moins un *indice révélateur* par excellence de l'infection syphilitique ; c'est comme « un brevet de syphilis inscrit sur le cou du malade » ; et cela, parce que la syphilis est presque seule à réaliser une pigmentation de ce siège, avec les caractères si spéciaux que nous lui avons reconnus.

C'est donc là un signe des plus précieux. J'ajouterai même : Il est d'autant plus précieux qu'il se produit précisément dans les conditions où il peut être le plus utile, à savoir *chez la femme*, dont la syphilis est souvent d'un diagnostic si difficile, et cela en raison d'obscurités multiples (incertitude des antécédents, absence de commémoratifs, dissimulation, ignorance, etc.). Nombre de syphilis féminines n'ont dû qu'à la syphilide pigmentaire d'être positivement reconnues.

RELIQUATS DES SYPHILIDES SECONDAIRES.
LEUCO-ATROPHIE CUTANÉE.

Déjà nous savons par ce qui précède que : 1° les syphilides secondaires, pour l'énorme majorité d'entre elles, ne laissent sur la peau aucun stigmate ; — 2° que certaines d'entre elles sont suivies de macules brunâtres, puis pigmentaires, qui peuvent bien persister plus ou moins longtemps, mais finissent toujours par disparaître absolument ; — 3° que quelques-unes enfin, dans le groupe des syphilides sub-ulcéreuses, sont susceptibles de déterminer des cicatricules superficielles, à fleur de peau, que le temps efface généralement ou qui, lorsqu'elles subsistent, ne constituent que des stigmates presque insignifiants, négligeables.

Une seule particularité composera donc ce chapitre. Elle est relative à un ordre de stigmates auquel j'ai donné le nom de *leuco-atrophie cutanée* et qui certes se recommande à l'attention par sa singularité.

Cette leuco-atrophie était restée non décrite jusqu'à ces dernières années, et je crois avoir été le premier à la signaler, tout au moins à la rattacher à sa véritable origine. Elle est, du reste, des plus rares, voire tout à fait exceptionnelle.

Je n'en ai rencontré que quatre cas jusqu'à ce jour.

Elle consiste en ceci : Un semis de macules blanches et atrophiques, consécutives à des syphilides secondaires qui, d'essence, semblent ne les motiver en rien.

Elle trouve, en effet, sa caractéristique dans trois particularités, dont la dernière surtout est bien faite pour provoquer l'étonnement, à savoir : des macules blanches, presque laiteuses ; — un état atrophique du derme sous-jacent à ces macules ; — et une relation d'ori-

gine avec des syphilides papuleuses, avec de simples syphilides papuleuses, dont l'habitude, on le sait, est de se résorber et de disparaître sans laisser le moindre stigmate à la peau. — Détaillons.

I. — Ce qu'on voit est ceci : Sur les téguments du tronc (poitrine, dos, flancs, principalement) et bien plus rarement sur les membres, série très nombreuse de taches blanches, qui frappent immédiatement le regard par leur teinte singulière. Ces taches sont ou bien d'un blanc opalin, rappelant assez exactement celles que laisse une couche légère de collodion sur la peau, ou bien d'un blanc mat et véritablement *laiteux*, d'un blanc *albâtre* et, conséquemment, plus accentué que la blancheur vitiligineuse. — A remarquer du reste qu'elles varient un peu de tonalité suivant les incidences de lumière, c'est-à-dire suivant qu'on les examine de face ou de profil. — En tout cas, elles se détachent fortement sur le fond des téguments sains, grâce à l'éclat de leur couleur blanche, qui semble même quelquefois leur conférer un certain relief.

Elles sont arrondies ou ovalaires, et de dimensions variables entre celles d'une lentille et d'une amande.

II. — Ces taches, en second lieu, présentent un certain *plissement* de surface. Leur cuticule épidermique semble comme froncée, comme fripée ; on dirait qu'elle est trop grande pour l'étendue de téguments qu'elle recouvre et, de plus, qu'elle n'adhère que d'une façon incomplète au derme sous-jacent sur lequel elle paraît quelque peu mobile. Cela, sans apparence de cicatrice.

Puis, si l'on vient à toucher telle ou telle de ces taches avec la pulpe du doigt, on éprouve la sensation très nette à ce niveau d'une légère dépression, d'une sorte d'encoche, comme s'il manquait là une portion du derme. Cette sensation de « creux », de « vide », devient même une réalité incontestable sur quelques points où le doigt semble pénétrer dans une petite cupule creusée aux dépens du parenchyme cutané. En ces points, bien manifestement, le derme a perdu une partie de son épaisseur normale ; d'une façon ou d'une autre, pour une raison ou pour une autre, il s'est *atrophié*, comme dans les vergetures consécutives à la grossesse. D'où le nom de *vergetures secondaires*, qui a été proposé pour ces taches par le Dr Balzer.

Au reste, cette atrophie, tout au moins sous forme d'*étirement* du derme, a été positivement constatée dans quelques biopsies par les Drs Darier et Chibret, qui disent avoir constaté au niveau de ces macules « une rupture du réseau élastique, comme dans les vergetures ».

III. — Macules blanches et atrophie cutanée interstitielle, voilà déjà deux faits singuliers. Mais un troisième, plus singulier encore, est celui qui sert d'origine à l'un et à l'autre. Et, en effet, si l'on remonte aux antécédents, on n'est pas médiocrement surpris d'apprendre que ces macules atrophiques ont succédé *in situ* à des éléments éruptifs qui n'étaient autres que ceux d'une simple syphilide papuleuse,

papulo-squameuse, papulo-croûtelleuse. Insensiblement et à l'insu du malade, elles ont pris la place des papules initiales, après aplanissement, décoloration et effacement complet de cesdites papules. Puis, un beau jour, le malade s'est aperçu à son grand étonnement que son corps était « tigré de blanc » juste aux endroits où, quelques mois auparavant, il était « tigré de rouge », c'est-à-dire que des taches blanches ont remplacé les anciennes papules. Et, en effet, elles rappellent absolument la « dissémination éruptive » d'une syphilide secondaire (Balzer).

Or, il y a là pour nous, plus encore que pour les malades, matière à étonnement. Car chacun sait, je le répète, que les syphilides papuleuses sont essentiellement résolutives, intégralement résolutives, et que pas plus d'une fois sur mille, peut-être, elles ne laissent trace de leur passage sur la peau. Pourquoi donc, en l'espèce, cette dérogation à la règle? Pourquoi cette atrophie consécutive du derme, et pourquoi surtout cette ischémie vasculaire, origine très vraisemblable de la décoloration laiteuse des macules? Rien n'explique cette terminaison insolite qui, quant à présent, reste absolument mystérieuse et comme causes et comme pathogénie.

Je noterai au passage que, sur deux de mes malades, un amaigrissement très accentué, voire considérable pour l'un d'eux, avait succédé à leur éruption papuleuse. Mais ce fait a-t-il joué quelque rôle dans la production des macules leuco-atrophiques consécutives? Bien entendu, je ne saurais le dire.

Retenons donc simplement le phénomène sans essayer encore de l'interpréter, et concluons en disant que, contrairement à toute attente, les syphilides secondaires de forme papuleuse peuvent, mais très exceptionnellement et pour des raisons qui restent encore inconnues, être suivies de macules atrophiques et décolorées (1).

TRAITEMENT DES SYPHILIDES SECONDAIRES.

I. — L'art peut-il agir thérapeutiquement sur les syphilides? Incontestablement, oui. Cela résulte de l'expérience journalière qui nous montre des syphilides s'atténuant et disparaissant à bref délai sous l'influence du traitement spécifique, alors qu'abandonnées à elles-mêmes elles auraient bien sûrement persisté des semaines et des mois. Cela résulte aussi de certains cas qui, calqués sur le schéma que je vais dire, semblent faits pour établir la preuve en question : Une dermatose,

(1) Voy. Nivet, Macules atrophiques cutanées ayant succédé à la résorption interstitielle d'une syphilide secondaire généralisée (*Annales de dermat. et de syph.*, 1887, p. 641). — Balzer, Vergetures consécutives à des syphilides secondaires (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1877, p. 404). — Balzer, Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique (*France médicale*, 1888). — Danlos, Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires (*Annales de dermat. et de syph.*, 1897).

originairement réputée non syphilitique, est soumise à un traitement non syphilitique ; — elle persiste ; — de guerre lasse, on finit par en suspecter le caractère spécifique et on la traite par le mercure ; — tout aussitôt elle s'amende, puis s'efface avec une rapidité significative.

Le traitement spécifique n'a pas seulement une action *curative* sur les syphilides ; il exerce aussi sur elles une action *préventive*, laquelle se traduit de trois façons. Ainsi, il peut les retarder comme échéance d'invasion ; — les atténuer comme intensité de symptômes ; — voire les supprimer absolument. Je précise.

1° Un effet des plus communs du traitement spécifique sur les syphilides est d'en *retarder* l'échéance normale d'apparition.

Exemple :

Dans l'évolution naturelle de la diathèse, la roséole fait son apparition habituelle vers le quarante-cinquième jour après le début du chancre. Or, qu'un malade affecté de chancre vienne à prendre du mercure, ne serait-ce que pour deux à trois semaines, la roséole n'apparaît plus au quarante-cinquième jour ; elle *retarde* quelque peu, elle ne se manifeste qu'à délai plus éloigné. A plus forte raison, si le malade s'est traité plus longtemps, la roséole peut-elle devenir de plus en plus tardive et se proroger jusqu'à la seconde ou la troisième année. Il en est de même pour toutes les autres syphilides ; et c'est ainsi que journellement nous voyons des éruptions qui, dans la chronologie normale de la diathèse, appartiennent aux premiers mois de l'infection, n'entrer en scène qu'à échéance infiniment plus reculée.

2° Un résultat non moins fréquent du traitement spécifique, c'est de modifier les syphilides dans leur développement général, en les *atténuant* comme expansion éruptive et comme qualité de lésions.

Cette influence tempérante de la thérapeutique sur les déterminations cutanées secondaires est, je puis le dire, absolument banale. Ce que l'on constate, en effet, le plus souvent sur les sujets préalablement traités, alors que de nouveaux accidents viennent à se produire à la peau, consiste en des éruptions ou bien ramenées aux types les plus *bénins* de la syphilis secondaire, ou bien réduites comme expansion et anormalement *discrètes*, voire presque *avortées*. Cela ne peut s'apprécier à l'hôpital, où l'on n'a guère affaire qu'à des malades de passage, qu'on ne revoit plus ; mais cela se remarque à tout instant dans la clientèle de ville sur des malades dont on a la direction pour plusieurs années. Comme exemples, je citerai les deux cas suivants entre tant et tant d'autres de même genre que j'aurais à produire.

Un jeune homme contracte la syphilis et s'en traite assez correctement pendant plusieurs mois ; puis, se croyant « libéré », il cesse toute médication. Quelques mois après il revient me trouver parce que, dit-il, « son mal lui est revenu ». Je trouve sur lui, en effet, une

roséole, mais quelle roséole ? L'éruption consiste tout au plus en une quarantaine de petites taches érythémateuses, clairsemées sur le tronc. Une quarantaine de taches, est-ce là le contingent usuel de la roséole normale? Ou bien plutôt, n'est-ce pas là une expression *atténuée*, réduite, amoindrie, de cette roséole?

Une de mes clientes se traite pendant cinq mois au début de sa maladie. Huit mois plus tard, elle revient me trouver pour une éruption, laquelle consiste très exactement en une demi-douzaine de papules lenticulaires disséminées. Une demi-douzaine de papules, qu'est-ce que cela par rapport au type usuel de la syphilide papuleuse?

Que de fois encore ne voit-on pas, sur des malades traités, les dermatoses secondaires se borner, comme exemple, à quelques taches palmaires, voire à trois, deux, *une* de ces taches?

De tels faits témoignent donc en pleine évidence de l'influence tempérante, atténuante, du traitement spécifique sur les explosions cutanées de la maladie.

3° Enfin, l'action thérapeutique peut *supprimer* et supprimer absolument toutes manifestations secondaires à la peau. Ce résultat idéal est d'observation peu commune, je l'accorde. Cependant on rencontre parfois des sujets qui, s'étant traités avec quelque rigueur dès le début de leur maladie, ont traversé la période secondaire de la syphilis sans le moindre accident cutané, sans la moindre « éclaboussure » de l'infection sur les téguments.

Incidemment, je dirai que ce résultat n'est pas d'un médiocre intérêt pour les malades. Car la préoccupation principale de la plupart d'entre eux, au début de l'infection, est de savoir « s'ils auront quelque chose à la peau, notamment à la figure, si l'on verra leur mal, si l'on s'en apercevra, etc. ». Leur répondre que, grâce à un traitement bien suivi, ils pourront éviter les manifestations extérieures, « affichantes », de leur maladie, sera non seulement leur offrir une consolation, mais encore, pour leur plus grand bien, les encourager à se traiter.

II. — Deux médications composent le traitement des syphilides secondaires, à savoir : une *médication interne* ou *générale* et une *médication locale* ou *topique*.

Inutile de dire que la première prime de beaucoup la seconde comme importance. Voyons de quoi elle se compose.

Médication générale. — Elle est constituée tout entière par la mise en œuvre de deux remèdes, qui composent ce qu'on appelle le traitement spécifique, *mercure* et *iodure de potassium*.

Au premier de ces deux grands remèdes appartient ici, à coup sûr, le rôle prédominant. Sans exagération on peut dire du mercure qu'il est le spécifique par excellence des syphilides secondaires. Sur ce point

l'expérience est faite. On peut même ajouter qu'elle date de loin et de bien loin, car elle remonte aux dernières années du xve siècle. Les syphilides, en effet, pour une raison toute naturelle, furent les symptômes qui frappèrent le plus l'attention des observateurs du vieux temps. Désignées à l'origine sous le nom générique de pustules (*pustulæ*), elles furent d'abord traitées par cent médications empiriques qui n'aboutirent à aucun résultat. Plus tard, l'analogie conduisit à expérimenter contre elles quelques remèdes à base *mercurielle*, qui jouissaient d'une efficacité reconnue pour la cure de certaines dermatoses. Le succès dépassa toute attente, et il faut lire dans les écrits du temps l'enthousiasme qui accueillit l'application des onguents mercuriels au traitement des exanthèmes du Mal français. A dater de cette époque, le mercure entra dans la thérapeutique de la vérole, et y entra pour y rester, en dépit des préjugés vulgaires, en dépit des oppositions violentes qu'il rencontra jusque dans le public médical, en dépit même de l'abus qu'on en fit et des désastres qui résultèrent de son administration mal dirigée. Depuis lors, l'expérience a eu le temps de se compléter, et les observateurs sérieux de quatre siècles ont unanimement témoigné de l'influence exercée par le mercure sur les manifestations cutanées de la syphilis.

L'iodure de potassium, au contraire, quoi qu'on en ait pu dire, n'exerce sur les dermatoses secondaires qu'une action infiniment moins puissante, n'ayant rien de comparable à celle du mercure au double point de vue de l'intensité et de la rapidité des effets thérapeutiques. A diverses reprises on a essayé de le substituer systématiquement au mercure dans le traitement de ces dermatoses, et toujours on a dû renoncer à l'espoir d'en faire un succédané de ce dernier remède pour leur guérison.

Est-ce à dire qu'il soit inerte et qu'il n'ait aucun rôle à jouer en l'espèce ? Bien loin de là. En certains cas, tout au contraire, il constitue un utile et précieux auxiliaire du mercure. Mais son action est restreinte et ne se montre particulièrement efficace que dans les deux ordres de manifestations cutanées que voici : 1° contre les syphilides d'un *stade avancé* de la période secondaire, syphilides en quelque sorte *intermédiaires*, c'est-à-dire servant de transition entre celles de la seconde période et celles de la période tertiaire (exemple : syphilides ulcéreuses superficielles) ; — 2° contre les *syphilides secondaires malignes* qui, elles aussi, elles surtout, reproduisent dans l'étape secondaire des types éruptifs d'un âge ultérieur de la maladie.

A ces deux réserves près, c'est le mercure qui reste le remède par excellence des syphilides secondaires.

III. — Ce remède, comment, sous quelle forme convient-il de le prescrire ? C'est-à-dire : est-ce par l'estomac, en frictions ou par injections hypodermiques ?

Peu importe, répondrai-je, au point de vue de la curation des accidents cutanés. Car tel ou tel de ces trois modes d'administration du mercure, indifféremment, aboutira au résultat cherché. C'est là un point dont témoigneraient au besoin des milliers d'observations de syphilides secondaires guéries par le mercure administré soit par la bouche, soit par le système des frictions, soit par celui des injections.

Le choix de la méthode à mettre en œuvre n'est donc pas à faire (sauf exceptions rares) d'après la manifestation cutanée, mais bien d'après toute une série de considérations d'un ordre différent, considérations afférentes au malade, à sa constitution, à l'état de ses fonctions digestives, à son degré de tolérance buccale, à ses convenances professionnelles, sociales ou autres, etc. Je passe sur ce point qui sera longuement discuté dans un autre chapitre de cet ouvrage.

IV. — Pour la très grande majorité des cas, c'est à la méthode *par ingestion* qu'est dévolue la préférence pour le traitement des syphilides secondaires. Dans ce cas, à quelle préparation mercurielle avoir recours ?

Deux remèdes sont ici consacrés par une longue expérience, à savoir : le *sublimé* et le *protoiodure*. L'un et l'autre, en effet, exercent sur les syphilides de l'étape secondaire une action curative qui n'est plus à démontrer.

Mais, de ces deux agents, l'un est-il préférable à l'autre, à ne les comparer ici qu'au seul point de vue de leur action sur les lésions cutanées et réserves faites pour toutes considérations d'un autre ordre ? Je le crois.

A mon sens, le protoiodure vaut mieux en l'espèce que le sublimé. Il lui est supérieur à la fois comme action curative immédiate et comme influence préventive.

De ce que j'ai vu, en effet (et l'on conçoit combien un jugement de cet ordre est délicat, combien surtout il exige de réserve) j'ai conservé l'impression que le sublimé convient moins aux accidents de forme secondaire qu'à ceux d'une étape plus éloignée. Pourquoi et comment ? je l'ignore. Mais j'ai cru remarquer maintes fois que le sublimé n'exerce sur les manifestations secondaires qu'une action incomplètement satisfaisante au double point de vue *curatif* et *préventif*, c'est-à-dire qu'il n'en vient à bout que d'une façon assez lente et, d'autre part, qu'assez souvent il les laisse se reproduire. J'incline donc à considérer son influence comme inférieure à celle du protoiodure sur les manifestations *jeunes* de la maladie. — A ne citer qu'un seul exemple à l'appui de ce que je viens de dire (car une discussion plus longue ne serait pas à sa place ici) : Je voyais en ville, ces temps derniers, un jeune homme qui, bien qu'ayant fait depuis le début de sa maladie (trois ans) une nombreuse série de cures par

les pilules de Dupuytren, n'en était pas moins repris d'une syphilide palmaire et d'une glossite desquamative. Et j'aurais, je l'affirme, nombre de cas semblables à produire. A coup sûr, des échecs de ce genre peuvent s'observer à la suite de *tout* traitement, mais je les crois plus rares avec le protoiodure qu'avec le sublimé.

Et, inversement (cela soit dit à l'avance), il m'a semblé que dans les phases avancées de la maladie, la mercurialisation par le sublimé se trouve mieux appropriée au caractère des accidents, plus efficace, plus active que la mercurialisation par le protoiodure. On dirait là le sublimé mieux à sa place. Simple résultat d'empirisme échappant à toute interprétation (1).

Traitement topique. — Il se compose d'une très nombreuse série de médications des plus diverses, que je vais d'abord passer en revue, pour en régler plus tard l'application.

I. — *Balnéation.* — Tous les bains possibles ont été préconisés contre les syphilides secondaires.

Pour ce qu'on peut attendre du procédé, à savoir propreté, détersion de la peau, entretien des fonctions tégumentaires, effets préventifs par rapport aux complications inflammatoires, etc., les *bains simples* ou, tout au plus, les bains adoucissants (bains de son, bains d'amidon, etc.) suffisent amplement.

Pourquoi des bains d'un autre ordre, tels que bains gélatineux, bains alcalins, bains salés, etc.? Pourquoi surtout des bains *sulfureux*? Ces derniers cependant sont prescrits journellement par quantité de médecins, sans compter que nombre de malades se les administrent de leur propre inspiration, parce qu'ils leur attribuent des vertus spécialement « dépuratives ». Pure routine, dont il importe de faire justice ; car de tels bains ne sont pas seulement inutiles ou indifférents, ils peuvent devenir nuisibles en raison de la stimulation qu'ils déterminent à la peau. Quelle utilité peut-il y avoir à fluxionner des téguments déjà malades? Aussi bien ai-je vu plusieurs fois les syphilides secondaires être littéralement phlogosées, irritées et certainement entretenues par l'usage ou l'abus de la sulfuration cutanée.

Quant aux *bains de vapeur* et aux *bains d'air chaud*, c'est une idée théorique qui les a introduits dans le traitement de la syphilis. On s'est dit : « Les sueurs rénovent l'organisme ; donc elles sont dépuratives en éliminant les humeurs peccantes. » Les résultats, malheureusement, ne sont pas ici d'accord avec la théorie. Tout ce que réalisent les sudations en l'espèce, c'est de détacher les squames, les croûtelles, etc., en un mot de *déterger* les téguments. Mais cette détersion s'obtient tout aussi bien par d'autres moyens plus simples, tels que bains simples et onctions graisseuses. Et, d'autre part, la diaphorèse pro-

(1) Voir, à ce sujet, mon livre sur le *Traitement de la syphilis*, p. 375 et suiv.

voquée par la chaleur est loin d'être toujours indifférente chez les malades affectés de syphilis. Elle court risque d'alanguir, d'affaiblir, d'anémier certains sujets, les femmes en particulier. De là l'inconvénient, je dirai même le danger de cet ordre de bains dans une maladie qui, comme la syphilis, tend si fréquemment à l'asthénie, à la débilitation des forces.

Restent les *bains mercuriels* (composés par addition à un bain simple d'une vingtaine de grammes de sublimé) (1).

Assurément, au moins pour certains cas, on ne saurait refuser à ces *bains de sublimé* (comme on les appelle couramment) un réel degré d'action curative sur les syphilides secondaires. Quelquefois même on les a vus exercer sur elles des effets plus ou moins intenses, voire, a-t-on dit, « surprenants ». Ainsi, à n'en citer qu'un exemple, J. Hutchinson a relaté la très curieuse observation d'une syphilide papulo-squameuse généralisée qui disparut « comme par magie » sous l'influence de bains mercuriels. « Jamais, ajoute-t-il, je n'ai constaté de disparition plus rapide d'exanthème spécifique que dans ce cas. »

Mais deux graves reproches doivent être opposés à la balnéation mercurielle en tant que méthode thérapeutique, à savoir :

1° C'est une méthode *infidèle* comme résultats. Ainsi, il est nombre de cas où l'on n'en obtient pas le plus léger effet, ni curatif, ni même physiologique.

2° Et, de plus, c'est une méthode qui est parfois *dangereuse* par l'intensité de ses effets physiologiques (tels que stomatite) ou même par des accidents d'intoxication.

Cela donne à penser qu'elle agit moins sur les déterminations cutanées de la syphilis par influence directe sur la peau que par voie d'absorption. Et, dans cette hypothèse, tout s'explique. Car, de deux choses l'une :

Ou bien la peau est saine (j'entends pourvue d'un épiderme intact) au moment de la balnéation mercurielle, et alors elle n'absorbe rien. Donc, pas d'effets thérapeutiques, non plus qu'aucun danger d'intoxication. — A ce dernier propos, un fait relaté par Diday doit trouver ici mention : « Un médecin, raconte-t-il (je crois que ce médecin n'est autre que Diday lui-même), prit, dans un but expérimental, des bains de trois heures, additionnés de *cent grammes* (!) de sublimé, sans en ressentir le moindre effet physiologique ou pathologique appréciable, et sans que l'analyse pût déceler la présence du métal dans son urine, sa salive et sa sueur. »

(1) Voici la recette de ces bains mercuriels, d'après le formulaire pharmaceutique des hôpitaux de Paris :

℞ Bichlorure de mercure..... } āā 20 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque..... }
Eau distillée..... 200 —
M.
A ajouter à l'eau du bain.

Ou bien la peau est malade, c'est-à-dire ulcérée, excoriée, voire simplement desquamée ; et alors elle absorbe. Dans ce cas, effets physiologiques, effets thérapeutiques et possibilité d'intoxication. — Exemple : la malade d'Hutchinson, qui fut si brillamment délivrée de sa syphilide papulo-squameuse par la balnéation mercurielle, paya cher sa guérison. Car, elle fut prise tout aussitôt d'une stomatite violente ; « pendant une à deux semaines, elle rendit des flots de salive, dut garder le lit, et resta même consécutivement dans un état de faiblesse profonde ».

Or, savons-nous ce qu'une peau *malade* peut absorber de sublimé ? En absorbera-t-elle assez ? Et surtout n'en absorbera-t-elle pas en excès ? Mystère. Donc, puisque la peau est toujours malade au cours des syphilides secondaires, le bon sens commande de s'abstenir d'une médication *qu'on ne peut mesurer* ; d'autant que, vraiment, cette médication ne comporte pas d'avantages qui fassent compensation aux dangers encourus.

Tout au plus et seulement au titre de méthode exceptionnelle, cette médication peut-elle être appliquée à certains cas de syphilides particulièrement rebelles. On y aura recours alors avec prudence, en commençant par des doses faibles qu'on élèvera progressivement, ou, mieux encore, sous forme de balnéations partielles.

II. — *Fumigations mercurielles.* — 1. — Très usitées et très préconisées autrefois, délaissées aujourd'hui, mais ne méritant, à vrai dire, « ni cet excès d'honneur ni cette indignité ».

On ne saurait leur récuser une action curative sur les manifestations extérieures de la syphilis. Signalée de très vieille date, cette action a été constatée à nouveau et étudiée en détail par plusieurs de nos contemporains, notamment par un de nos regrettés collègues, le Dr Horteloup. D'après ce dernier observateur, les fumigations mercurielles seraient appelées « à rendre de réels services dans le traitement de certaines formes éruptives de la syphilis, notamment dans les syphilides ulcéreuses, impétigineuses, ecthymateuses, les plaques muqueuses végétantes, etc. ».

Mais ce qui n'est pas moins vrai, c'est que cette méthode est passible d'inconvénients multiples, voire de dangers. Ainsi :

1° Elle détermine assez fréquemment des accidents de stomatite.

2° Elle produit parfois, comme Bumstead et Duncan l'ont remarqué, un véritable état de débilitation générale, probablement sous l'influence de diaphorèses abondantes et fréquemment répétées.

3° Si elle n'est pas correctement appliquée, elle permet à l'*inhalation* pulmonaire de s'ajouter à la fumigation. Or, l'inhalation mercurielle comporte des accidents, voire des dangers sérieux, à savoir : quintes de toux, spasmes laryngés, catarrhe bronchique, suffocation,

syncope, stomatite intense, etc. Exemples : Un malade qui, au cours d'une fumigation, avait plongé la tête sous les couvertures pendant quelques minutes, fut affecté d'une attaque très grave de bronchite (Duncan). Il s'agissait d'une désobéissance dans ce cas ; mais une simple maladresse dans l'application du procédé en eût fait autant. — — Un malade du Dr Horteloup, qui s'était administré une fumigation dans sa chambre avant de se coucher, fut pris de suffocations violentes pendant la nuit.

Rollet raconte qu'une stomatite des plus violentes, « la plus violente qu'il ait jamais vue », a succédé à des inhalations cinabrées. Il y a plus encore : l'inhalation a pu déterminer la mort. Henri Lee a rapporté l'observation d'une jeune femme qui, respirant des vapeurs de calomel, tomba sans connaissance, la figure livide et cyanosée, le pouls misérable, la peau froide, et succomba.

4° Mais, à mon sens, le plus grand tort des fumigations est de constituer une méthode incertaine et aveugle. Ainsi, qu'absorbe la peau dans une fumigation ? On nous dit vaguement qu'elle absorbe peu, si elle est saine, et davantage, si elle est malade. Mais où est la mesure ? Quelle sera l'absorption dans tel cas particulier ? On n'en sait rien. Ne court-elle pas le risque d'être excessive et dangereuse, si la peau est érodée, dénudée par places ? Et comment la régler, la mesurer à l'effet thérapeutique qu'on poursuit ?

Positivement, avec ce système, il est impossible de se rendre un compte exact de ce qu'on fait. C'est là une médication que l'on ne tient pas en main, que l'on n'a pas moyen de doser, de diriger, de gouverner, et qui laisse trop place à l'imprévu, je dirais presque au hasard, pour imposer confiance aux praticiens.

De tout cela dérivent, en toute logique, les trois conclusions suivantes : 1° qu'il serait irrationnel, absurde, de soumettre indifféremment à cette médication toutes les syphilides secondaires, puisque à cela près de rarissimes exceptions ces syphilides n'ont que faire pour guérir d'un traitement qui comporte les inconvénients et les périls que je viens de dire ; — 2° que les fumigations ne peuvent être appliquées, au titre de méthode d'exception, qu'à certaines syphilides d'exception, tout particulièrement rebelles et réfractaires ; — 3° que ce traitement, enfin, lorsqu'on s'y résout, doit être entouré d'une surveillance toute spéciale, en vue de conjurer les accidents auxquels il peut donner lieu.

II. — Ne comportant pas les dangers de la méthode précédente, les *fumigations partielles*, par exemple localisées aux mains, aux pieds (dans les cas de syphilides palmaires ou plantaires), à un segment de membre ou à une région du tronc, peuvent être utilisées avec avantage contre certaines dermatoses régionales.

De même, peut-être, y aurait-il lieu de chercher à utiliser les *flanelles mercurielles* de Merget (qui dégagent à froid des vapeurs de

mercure) contre le même ordre de manifestations (1). On assure en avoir tiré profit pour le traitement de diverses syphilides, en les appliquant directement sur les placards éruptifs.

III. — *Onguents, pommades, emplâtres*, etc. — Les substances de ce genre sont légion en l'espèce. C'est dire à l'avance que la plupart d'entre elles, après avoir joui de la faveur d'un jour, sont déjà tombées dans l'oubli. Je ne citerai que celles qui méritent véritablement mention.

1. — Les innombrables *pommades* qui ont été préconisées pour le traitement des syphilides secondaires se divisent naturellement en deux classes :

1° Pommades *indifférentes*, anodines, n'ayant d'autres prétentions que d'agir à la façon des corps gras pour calmer l'irritation cutanée, ramollir et détacher les croûtes, modérer le prurit, etc. ; — à savoir : cold cream, vaseline, pommade à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, glycérine, glycérolé d'amidon, etc., etc.

2° Pommades *modificatrices*, visant à la prétention d'exercer une action résolutive ou autre sur les lésions.

Au premier rang de ce groupe se rangent les pommades *mercurielles* : onguent napolitain, onguent gris, pommades au calomel, au turbith, au précipité rouge, à l'oxyde jaune, au protoiodure, au sublimé, oléostéarate, pommade citrine, etc., etc.

La plus usitée de toutes est l'*onguent napolitain*. Nul doute que des frictions faites avec cette pommade (dont on a soin de laisser à demeure une certaine couche sur les téguments) n'exercent une action *locale* sur les syphilides, indépendamment de l'action générale résultant de l'absorption mercurielle. L'expérience n'est plus à faire sur ce point. On peut donc tirer parti de cette influence topique pour venir en aide à la médication interne, alors qu'on a affaire à des syphilides régionales ou bien à des syphilides distribuées en placards. Ainsi, c'est là un moyen d'usage banal contre les syphilides palmaires ou plantaires, alors qu'elles se montrent (ce qui n'est pas rare) particulièrement opiniâtres et rebelles.

On y a recours de même, comme aussi aux pommades de calomel ou de turbith, contre les syphilides du cuir chevelu, de la barbe, de la moustache, des narines, etc. Le soir, on enduit les croûtes formées par ces syphilides d'une certaine couche de telle ou telle de ces pommades ; puis, le matin, on déterge les téguments par une lotion savonneuse.

Mais, à cela près de ces quelques indications particulières, le rôle de ces pommades reste forcément restreint dans le traitement des syphilides secondaires, et pour cause. C'est qu'en effet le propre de

(1) Voir mon livre sur le *Traitement de la syphilis*, p. 263.

ces syphilides est de consister en des éruptions profuses, disséminées et à petits éléments ; impossible, conséquemment, de les poursuivre avec une pommade sur toute l'étendue des téguments. Une telle pratique, manifestement, n'est applicable qu'aux éruptions *en foyer*.

D'autres pommades ont encore été prescrites à divers titres contre les syphilides secondaires, à savoir : pommade à l'iodoforme, comme topique des syphilides ulcéreuses ; — pommades à l'acide salicylique, au goudron, à la résorcine, etc., contre les syphilides squameuses ; — pommades antiprurigineuses, notamment au menthol ; — pommade à la chrysarobine, contre les macules, etc., etc. — Et j'en oublie nombre d'autres qui peuvent être utiles en satisfaisant à diverses indications.

II. — Les *emplâtres* sont de nature à rendre plus de services que les pommades, parce qu'ils restent à demeure sur les téguments.

Non seulement ils peuvent servir à détacher les croûtes et à déterger la peau, mais encore et surtout ils constituent un moyen de protection et de pansement. — En outre, ceux à base de mercure sont de réels modificateurs locaux, dont on fait usage avec succès pour le pansement des syphilides ulcératives.

Parmi ces derniers, le plus célèbre et le plus usité est le vieil **emplâtre de Vigo**, qui remonte au XVIe siècle. Il avait autrefois une composition des plus complexes, car Vigo y avait introduit, sans parler du mercure, vingt-trois drogues, toutes douées, dans les croyances de son temps, des vertus les plus merveilleuses (1). La phar-

(1) A titre de curiosité, je donnerai ici la formule de ce célèbre emplâtre :

« Huile de camomille, d'aneth, de nard, de lis, ãã 2 onces ; — huile de safran, une once ; — graisse de porc, une livre ; — graisse de veau, une demi-livre ; — euphorbe, 5 drachmes ; — oliban, 10 drachmes ; — huile de baies de laurier, une once et demie ; — graisse de vipère, deux onces et demie ; — grenouilles vivantes, nº 6 ; — vers de terre lavés dans un vin, 3 onces et demie ; — suc de racines d'yèble et d'aunée, ãã 2 onces ; — jonc odorant, stœchas, matricaire, ãã une poignée ; — vin aromatisé, 2 livres. — Faites bouillir jusqu'à évaporation du vin ; passez, puis ajoutez : litharge d'or, une livre ; — térébenthine claire, 2 onces ; — cire blanche, q. s. — Faites un emplâtre en forme de sparadrap, en ajoutant, vers la fin de la cuisson, une once et demie de styrax liquide. Retirez du feu, et agitez le mélange avec une spatule jusqu'à ce qu'il soit à moitié refroidi. — Ajoutez alors : mercure éteint dans la salive, 4 onces. — Agitez de nouveau avec la spatule jusqu'à incorporation complète du mercure. »

Quelques-unes des substances qui figurent dans cette formule sont bien faites à coup sûr pour exciter l'étonnement. Mais qu'on n'oublie pas qu'à l'époque de Vigo tous les corps de la nature étaient réputés doués de propriétés multiples, plus extraordinaires les unes que les autres. La vipère, par exemple, était à la fois « un alexipharmaque, un antiputride, un incisif, un désobstruant, et surtout un dépuratif ». On la considérait comme un remède « presque universel, n'ayant d'égal comme vertus que le *crâne humain* ». Les vers de terre, de leur côté, étaient « diaphorétiques, anti-acides, résolutifs, etc. ». Les grenouilles ne jouissaient pas de propriétés moins remarquables, comme « tempérantes, émollientes, apéritives, dissolvantes, humectantes, détersives pour les plaies, etc. ». C'est à elles qu'on attribuait principalement les effets salutaires de l'emplâtre de Vigo, lequel, pendant longtemps, porta le nom d'*emplâtre de rainettes* ou d'*emplâtre de grenouilles*.

On constatera sans regret que les pharmaciens de nos jours ne s'astreignent

macie moderne l'a débarrassé d'une partie de ses ingrédients grotesques (tels que les « grenouilles vertes », les « vers de terre » et la « graisse de vipère », etc.), et pourrait même, je crois, le simplifier encore avec tout avantage. Tel qu'il reste, cependant, il n'en est pas moins un bon remède, qui pourrait devenir parfait avec quelques modifications et suppressions nouvelles.

On l'emploie surtout sous forme de *sparadrap*, c'est-à-dire étalé en mince couche sur une étoffe de toile. A la vieille toile, épaisse et rigide, on a substitué de nos jours un tissu plus fin, plus souple (tel que la soie), qui a l'avantage de s'appliquer plus exactement et *sans goder*, en se moulant sur les anfractuosités des plaies. Cette préparation moderne a reçu le nom de *taffetas de Vigo*.

Découpé en fines bandelettes, que l'on entre-croise et que l'on imbrique sur la plaie, ce taffetas de Vigo sert à composer des *pansements occlusifs*, dits pansements « à la Chassaignac (1) », qui rendent les plus utiles services pour le traitement des syphilides ulcéreuses.

IV. — *Collodions médicamenteux*, *traumaticines*, etc. — Au titre d'agents d'occlusion simple ou d'occlusion modificatrice, on a fait

plus, pour la préparation de l'emplâtre de Vigo, à la vieille formule qui précède. En voici la composition actuelle, adoptée pour nos hôpitaux :

℞ Emplâtre simple		2000 grammes.	
Cire jaune	āā	100	—
Colophane			
Bdellium	āā	30	—
Gomme ammoniaque			
Oliban			
Myrrhe	āā	20	—
Safran			
Styrax liquide		300	—
Térébenthine du mélèze		100	—
Huile volatile de lavande		10	—
Mercure purifié		600	—

Dans cette formule, l'emplâtre de Vigo contient 20 p. 100 de mercure (*Formulaire pharmac. des hôp. de Paris*).

(1) On sait que Chassaignac, qui a préconisé avec tant de conviction et d'ardeur le pansement par occlusion, attachait une grande importance à l'irréprochable confection de ce qu'il appelait la *cuirasse occlusive*. Il voulait que cette cuirasse réalisât un « hermétisme parfait », de façon à soustraire absolument la plaie au contact de l'air. Elle devait, à son gré, être constituée par une nombreuse série de bandelettes d'un sparadrap bien adhésif, au plus larges d'un centimètre, sur une longueur dépassant quelque peu celle de la plaie. Ces bandelettes devaient être *entre-croisées* et *imbriquées* à la façon des tuiles d'un toit, en se recouvrant les unes les autres d'un tiers environ de leur largeur. Puis, cette cuirasse était recouverte d'un linge cératé et bien assujettie par de nombreux tours de bande, etc.

Confectionné de la sorte, le pansement occlusif réalise de très remarquables résultats, dont j'ai été témoin dans le service de Chassaignac, pour avoir eu l'honneur d'être l'interne de ce célèbre chirurgien et de cet excellent maître. Aussi est-il resté d'usage commun sous le nom de « pansement à la Chassaignac ». A ne parler que de ce qui nous concerne, il nous rend les plus grands services pour le traitement des ulcérations spécifiques.

usage de collodions ou de traumaticines composés, de vernis, de « pellicules », de toutes substances adhésives auxquelles il est possible d'incorporer tel ou tel remède en vue de satisfaire à telle ou telle indication. C'est ainsi qu'on a prescrit contre diverses syphilides des collodions ou des traumaticines au calomel, au sublimé, au turbith, à l'acide salicylique, à la résorcine, au dermatol, à la chrysarobine, etc., etc. A ne citer qu'un seul exemple, le Dr Leclerc dit avoir réussi, grâce à un collodion mercuriel (collodion, 15 grammes, et bichlorure d'hydrargyre, 50 centigrammes), à dissiper rapidement des macules consécutives de syphilides.

Jusqu'ici les avantages obtenus de ce genre de préparations n'ont paru qu'assez médiocres. Ils ne peuvent être en tout cas que d'ordre secondaire.

V. — *Topiques secs ; topiques humides.* — Quantité de substances ont été préconisées pour applications topiques dans le traitement des syphilides secondaires, à savoir :

I. — Comme topiques *secs*, une foule de poudres, les unes ne dépassant pas le rôle modeste de poudres *asséchantes* ou *isolantes*, pour le traitement des syphilides humides (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, etc.); — les autres aspirant au titre de topiques *modificateurs*, tels que le calomel qui, assure-t-on, se transformerait partiellement en sublimé au contact des tissus vivants dénudés, et surtout l'iodoforme.

L'iodoforme, certes, n'est pas au-dessous de sa grande réputation en tant qu'agent modificateur des syphilides de forme ulcéreuse. Positivement, il les transforme et en provoque la cicatrisation à brève échéance. Mais il n'est que d'un emploi très rare, voire exceptionnel, et pour cause, dans le traitement des syphilides secondaires. C'est qu'en effet besoin n'est pas de molester les malades et leur entourage par un remède d'odeur à la fois effroyable et affichante pour les guérir de lésions facilement curables, facilement curables par d'autres méthodes moins importunes, telles que l'occlusion par exemple.

Nombre de substances ont été proposées comme succédanées de l'iodoforme : iodol, dermatol, traumatol, etc., etc. Mais aucune n'est capable de le suppléer.

II. — Les topiques *humides* ne sont pas moins nombreux. Je citerai seulement, parmi les principaux :

1° La *liqueur de Labarraque* (hypochlorite de soude liquide) qui, coupée d'eau au cinquième environ, constitue un excellent détersif. D'usage vulgaire pour le traitement des plaques muqueuses génitales.

2° Les solutions mercurielles, notamment les *solutions de bichlorure*, l'*eau phagédénique* du Codex (eau pure, 12 grammes ; eau de chaux, 125 gr. ; bichlorure de mercure, 40 centigrammes), etc. Ces solutions ont joui autrefois d'une vogue énorme. On les considérait

comme des agents « modificateurs et curatifs par excellence » de toutes les syphilides. De plus, on leur attribuait le pouvoir d'effacer les macules pigmentaires consécutives aux lésions spécifiques, macules qui, on le sait, font parfois par leur persistance le désespoir des malades. Il faut en rabattre, de par expérience. En réalité, il n'est que des effets curatifs bien médiocres à attendre de ces solutions mercurielles qui, d'autre part, offrent souvent l'inconvénient d'être irritantes, voire de déterminer assez fréquemment des érythèmes, des dermites eczématoïdes et prurigineuses. Quant à leurs vertus soi-disant « anti-maculeuses », je n'ai jamais eu l'occasion d'en constater le moindre effet. Aussi bien ai-je banni ces agents de ma pratique.

3° La *teinture d'iode*, dont on s'est servi quelquefois avec succès pour activer la résolution de certaines syphilides opiniâtres. Le procédé est le suivant : barbouiller, plusieurs jours de suite, la surface de ces syphilides (sans empiéter sur les parties voisines) avec un pinceau d'aquarelle imbibé de teinture d'iode ; puis la recouvrir d'un pansement occlusif au taffetas de Vigo.

4° La solution de *nitrate d'argent*.

5° Diverses solutions détersives, telles que l'*eau boriquée*, la solution de *chloral* (au centième), etc., pour lavage des plaques muqueuses et des syphilides ulcératives, etc.

VI. — Les *cathérétiques* et les *caustiques* trouvent fréquemment leur emploi dans le traitement de certaines syphilides secondaires. Ainsi :

Une ou quelques cautérisations au nitrate d'argent, suivies d'un pansement sec approprié, sont souvent d'un très utile effet pour la guérison hâtive des plaques muqueuses cutanées, par exemple des plaques muqueuses de l'ombilic, de l'aisselle, du conduit auditif, etc.

De même, la cautérisation au crayon ou même avec le nitrate acide de mercure est parfois nécessaire pour réprimer certaines syphilides végétantes, exubérantes, formant « chou-fleur » à la surface des téguments.

Particulièrement utile encore est la cautérisation pour le traitement des syphilides *en rhagades*. Ainsi, le moyen par excellence pour venir à bout de ces syphilides si persistantes, si tenaces, qui se produisent au niveau des sillons cutanés (sillon naso-jugal, sillon mentonnier, sillon auriculo-temporal, etc.) et qui créent là des ulcérations effilées, consiste en ceci : faire d'abord tomber les croûtes (cataplasmes de fécule, ou, plus simplement, application pour quelques heures de bandelettes de taffetas de Vigo) ; — puis, cautériser la rhagade soit avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe aiguë, soit, au besoin, avec une allumette très légèrement imbibée de nitrate acide de mercure ; — cela fait, essuyer la plaie avec un tampon d'ouate, puis la recouvrir d'un disque de taffetas de Vigo.

VII. — Enfin, pour ne rien omettre, je signalerai une pratique assez originale qui a été proposée, ces derniers temps, par le docteur Balzer, comme moyen résolutif de certaines syphilides rebelles, à savoir le *massage des éléments éruptifs*.

Ne se pourrait-il pas que la pénétration du mercure dans les éléments éruptifs (qu'il a mission de modifier) fût mécaniquement entravée par l'oblitération d'artérioles infiltrées de cellules embryonnaires? D'où nullité d'action curative par défaut d'imprégnation mercurielle des tissus morbides. Raisonnant sur cette hypothèse, M. Balzer a eu l'idée de soumettre les foyers éruptifs à une sorte de pétrissage, de malaxation, de massage, ayant pour visée de favoriser mécaniquement le dégorgement des vaisseaux. Ce massage, dit-il, doit être pratiqué chaque jour, par séances de trente à quarante-cinq minutes.

Ce procédé, paraît-il, a été quelquefois suivi d'heureux résultats. « En trois semaines, affirme notre collègue, il a plus avancé la résolution de syphilides rebelles que ne l'avaient fait pendant longtemps le mercure et l'iodure. » C'est donc là une pratique qui, en certains cas de processus éruptifs réfractaires, peut être mise en œuvre au titre d'auxiliaire du traitement interne.

Tel est l'ensemble des moyens thérapeutiques dont nous disposons pour le traitement topique des syphilides secondaires.

Reste maintenant à régler l'emploi de ces moyens et à les approprier à leurs indications, comme aussi à s'en abstenir dans tous les cas où ils ne peuvent être qu'inutiles, superflus.

Or, *toutes les syphilides secondaires ont-elles besoin d'une thérapeutique externe pour aboutir à résolution et à disparition?* — Non, très certainement.

Il en est même bon nombre pour lesquelles le recours à des médications locales (réserve faite, bien entendu, pour les bains, toujours utiles, toujours favorables à l'entretien des fonctions de la peau) serait aussi irrationnel, aussi superflu, aussi déplacé que possible. Le type du genre est fourni par la roséole ou, disons mieux, par toutes les variétés de roséole.

De même, également, pour toutes les syphilides papuleuses ou papulo-squameuses à desquamation légère.

Mais déjà il n'en est plus ainsi pour certaines syphilides papulo-squameuses à desquamation intense et psoriasiforme et, *à fortiori*, pour les syphilides papulo-croûtelleuses ou papulo-croûteuses, auxquelles deviennent propices quelques soins locaux (balnéation répétée, onctions graisseuses, onctions médicamenteuses, parfois même pansements occlusifs, etc.). Ainsi les syphilides dites si improprement psoriasis palmaire et plantaire exigent assez souvent un traitement topique.

Puis, pour d'autres types éruptifs, tels que les syphilides sub-ulcé-

reuses, le traitement local devient de rigueur, sinon toujours, au moins dans la grande majorité des cas.

Enfin, il est tout un groupe de syphilides pour lequel le traitement externe prend décidément le pas, en tant qu'effets curatifs, sur le traitement général ; et cela parce qu'il modifie et guérit ces syphilides bien plus rapidement que ne le ferait ce dernier, parce qu'il réalise en quelques jours des résultats thérapeutiques qui ne se produiraient qu'à long terme sous l'influence de n'importe quelle médication interne. Ce groupe est celui des *plaques muqueuses cutanées*.

L'expérience est formelle sur ce point particulier. Soumettez au seul traitement interne des plaques muqueuses de l'ombilic, de l'aisselle, du pli interfessier, etc. ; plusieurs semaines et peut-être plusieurs mois s'écouleront avant que ces accidents commencent à rétrocéder, à s'assécher, à s'affaisser. Ce sera désespérant. Tout au contraire, opposez à ces lésions un traitement topique des plus simples (balnéation, lotions à la liqueur de Labarraque coupée d'eau, aspersions d'une poudre inerte, et isolement des surfaces par une couche d'ouate), vous les verrez s'assécher en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, puis se résoudre, s'aplanir et disparaître en l'espace d'une semaine.

Le traitement topique est donc ici souverain, comme sûreté et rapidité d'effets curatifs. Résultat doublement précieux, d'abord pour le malade, et, en second lieu, pour la sauvegarde d'autrui.

Quelques mots, enfin, sur le traitement topique de certaines dermatoses secondaires.

1° Les **syphilides palmaires** et **plantaires** n'ont que faire, bien entendu, d'un traitement de cet ordre, alors qu'elles se bornent à de simples taches. — Dans leurs formes moyennes, elles ne réclament encore que de légères onctions graisseuses, ayant pour visée de déterger les surfaces et surtout d'éviter des craquelures douloureuses de l'épiderme. — Mais, dans leurs formes intenses, où les téguments sont épaissis et les sillons cutanés convertis en crevasses douloureuses et inflammatoires, elles exigent un traitement topique plus complexe, à savoir :

D'abord, pansement permanent de toutes les fissures, de toutes les rhagades, avec bandelettes de taffetas de Vigo, qui seront renouvelées matin et soir et maintenues à demeure soit par une bande, soit par un gant. L'occlusion ainsi pratiquée rend un triple service, en soulageant immédiatement les douleurs, en conjurant les complications inflammatoires, et en déterminant la cicatrisation des parties excoriées.

Puis, douches de vapeur locales, répétées tous les jours, au besoin même deux fois dans les vingt-quatre heures. — A leur défaut, fumigations, que le malade pourra faire commodément à domicile,

en exposant ses mains, pour quinze, vingt à trente minutes, au-dessus d'une cuvette remplie d'eau bouillante.

Le soir, ou bien pansement de tous les placards éruptifs avec le taffetas de Vigo ; — ou bien, onctions prolongées avec une pommade mercurielle (pommade au calomel, onguent napolitain) maintenue à demeure par un gant pour toute la nuit.

Le matin, savonnage et détersion des parties. — Dans la journée, trois ou quatre lotions soit avec glycérine pure, soit avec eau glycérinée, en vue d'entretenir les téguments dans un certain état d'humectation grasse et de prévenir les craquelures.

Finalement, des bains généraux et des bains locaux dans de l'eau de son tiède serviront d'utiles auxiliaires.

2° Pour toutes les **syphilides ulcératives**, le traitement local consistera en ceci :

D'abord, faire tomber les croûtes ; car ces croûtes, loin d'être « un moyen naturel de protection », comme on l'a prétendu bien à tort, constituent des agents d'irritation et d'entretien des plaies, en séquestrant sous elles une nappe de pus. On en provoquera facilement la chute par l'application de quelques cataplasmes ou, plus simplement encore, par un pansement occlusif.

Ce premier résultat obtenu, reste à traiter la plaie mise à découvert.

Si l'on n'a affaire qu'à une érosion superficielle, on parvient aisément à la dessécher soit par quelques badigeonnages à la teinture d'iode, soit à l'aide d'un topique pulvérulent, tel que calomel, oxyde de zinc, bismuth, talc, etc. Mais, s'il existe une entamure véritable du derme, d'autres moyens sont nécessaires. Le meilleur, sans contredit, est le *pansement occlusif au taffetas de Vigo*.

Ce pansement, qui est des plus simples, s'exécute suivant la méthode d'occlusion de Chassaignac, à l'aide d'une série de bandelettes découpées dans ce taffetas, que l'on entre-croise et que l'on imbrique sur la plaie, de façon à la recouvrir tout entière en la débordant quelque peu (de deux à trois millimètres environ). — Avoir soin de ne pas donner à ces bandelettes plus de six à dix millimètres en largeur ; car, plus larges, elles s'appliquent mal, godent, « font soufflet ». — Assujettir, enfin, ces bandelettes par une compresse, puis par quelques tours de bande, de façon à en éviter le déplacement.

Suivant l'abondance de la suppuration, ce pansement sera renouvelé plus ou moins souvent, en moyenne toutes les quarante-huit heures.

S'il y a lieu, on profitera de l'époque du pansement pour toucher la plaie à la teinture d'iode ou bien, si elle bourgeonne trop activement, avec le crayon de pierre infernale.

Aidé par la balnéation (bains tièdes tous les deux jours, avant le pansement), ce traitement fournit, je l'affirme, les meilleurs résultats.

D'abord, il calme toute douleur, toute irritation ; de plus, il modère la suppuration, avantage précieux en certains cas ; enfin, il modifie

rapidement les ulcérations, dont le fond se déterge, prend une physionomie meilleure, tourne à la plaie simple, s'exhausse, bourgeonne, et se cicatrise. Il constitue, je puis le dire, la *méthode cicatrisante* par excellence des syphilides ulcéreuses.

Finalement, si le taffetas de Vigo, par exception rare, semble irriter les téguments et n'est pas toléré, on peut le remplacer par un autre agent occlusif, tel que le taffetas à l'iodoforme, ou même par un topique indifférent (taffetas à l'oxyde de zinc, sparadrap simple, etc.). Car, si l'on perd le bénéfice de la mercurialisation locale, il faut au moins conserver celui de l'occlusion.

Est-il besoin d'ajouter, en terminant ce chapitre, que le traitement antisyphilitique, général ou local, n'est pas toujours le seul qui doive être prescrit contre les syphilides ? Il va sans dire qu'ici comme ailleurs il y aura lieu de satisfaire à *toutes* les indications accessoires qui peuvent se présenter. Il va sans dire que tous les éléments extrinsèques, toutes les dispositions morbides susceptibles soit d'avoir contribué à la genèse des dermatoses spécifiques, soit de les entretenir, devront être combattus et réprimés par un traitement collatéral, approprié à leur nature.

Je ne citerai qu'un exemple. Il n'est pas douteux que la disposition séborrhéique entre pour une part dans le développement, les localisations et la persistance de certaines syphilides secondaires. C'est là un point sur lequel le Dr Unna a énergiquement insisté. Eh bien, le bon sens et l'expérience s'accordent à édicter comme règle pratique en l'espèce l'association du traitement anti-séborrhéique local à la médication spécifique.

ONYXIS ET PÉRIONYXIS

Dépendance de la peau, le système unguéal se trouve naturellement affecté comme elle d'une façon assez fréquente au cours de la période secondaire.

Ses lésions sont de deux ordres.

Tantôt, elles n'intéressent ou, disons mieux, paraissent n'intéresser que l'ongle lui-même, sans éléments éruptifs *apparents*, et on les qualifie alors du vieux nom d'*onyxis*.

Tantôt, elles se produisent au voisinage de l'ongle, sur les parties qui l'encadrent ou le sous-tendent ; et c'est pour celles-ci que j'ai proposé le nom, presque généralement adopté aujourd'hui, de *périonyxis*.

I. — ONYXIS. — Le groupe des onyxis est assez complexe, car il comporte des affections d'origine vraisemblablement différentes, c'est-

à-dire dérivant soit de troubles de nutrition soit d'exanthèmes péri-unguéaux. En tout cas, ses lésions se présentent sous des aspects variés, qu'on peut ramener à cinq chefs, comme il suit :

1° **Onyxis craquelé** ou **déchiqueté** du bord libre de l'ongle. — Infiniment plus commune chez la femme que chez l'homme, cette première variété consiste simplement en une friabilité singulière de l'ongle, dont la portion libre se fendille, se crevasse et se casse. Vainement les malades, pour masquer cette petite difformité, d'ailleurs assez gênante, retranchent-ils aux ciseaux le sommet de l'ongle, qu'ils arrondissent, qu'ils taillent de toutes façons; toujours l'ongle, bien que raccourci, se brise dans sa partie libre, *s'étoile*, *s'écaille*, *s'exfolie*, *se brésille*, et présente pour sommet une série d'aspérités inégales, de dentelures, de crénelures, lesquelles se continuent souvent avec des fendillements longitudinaux de la lamelle unguéale.

Cette variété s'observe surtout aux ongles des mains. Elle est infiniment plus rare aux orteils.

2° Seconde variété : **Décollement partiel de l'ongle**.

Dans cette forme, l'ongle semble se soulever à son extrémité inférieure ; il se détache des tissus auxquels il doit adhérer normalement, il se décolle de *bas en haut*. A l'aide d'un instrument aigu, par exemple d'une pointe d'acier introduite sous l'ongle, on peut suivre les progrès de ce décollement, qui arrive quelquefois à séparer la lamelle unguéale de sa matrice sur une hauteur assez considérable. Extérieurement, du reste, la limite des portions détachées et des portions adhérentes se traduit par un changement de coloration appréciable à la surface de l'ongle, qui, comme l'a dit Barthélemy, prend d'ores et déjà « l'aspect d'un ongle mort ».

Il est assez rare que ce décollement *inférieur* (je l'appelle inférieur parce qu'il procède de bas en haut, contrairement à d'autres variétés d'onyxis qui détachent l'ongle de haut en bas), il est assez rare, dis-je, que ce décollement inférieur arrive à rompre toutes les adhérences de la lamelle unguéale et à en provoquer la chute. Le plus souvent il se limite et n'atteint que le tiers ou la moitié de la hauteur de l'ongle. Consécutivement, la lésion se répare par la croissance des portions supérieures de l'ongle, lesquelles reprennent adhérence avec les tissus sous-jacents.

3° Troisième variété : **Décollement total** et **chute de l'ongle**.

Dans cette variété, l'ongle se détache peu à peu des parties sous-jacentes, se décolle progressivement dans toute son étendue, en donnant de plus en plus l'impression d'un ongle *mort* ; puis, quand toutes ses adhérences se sont rompues, il finit par tomber, en laissant à découvert ce qu'on appelle la matrice et le lit de l'ongle.

Ce travail de séparation se fait sans douleur, à ce point que certains sujets — peu soucieux de leur personne, il faut en convenir — sont parfois surpris de voir un de leurs ongles détaché sans avoir

un instant soupçonné qu'il fût malade. J'ai dans mes notes, par exemple, l'histoire d'un jeune maçon qui perdit à son insu *tous* les ongles des orteils. Fort étonné un beau jour de cette découverte, il se mit à la recherche des ongles qu'il n'avait plus, et en trouva deux dans l'une de ses chaussettes. De même une femme de nos salles nous racontait dernièrement qu'elle venait de trouver dans ses draps l'ongle d'un de ses gros orteils, et cela à sa grande stupéfaction, disait-elle, car « elle ne savait pas l'avoir perdu ».

Mais, le plus habituellement, quand on a affaire à des malades moins indifférents d'eux-mêmes, ou bien encore quand la lésion porte sur les mains, le décollement progressif de l'ongle, quoique toujours insensible ou presque insensible, en tant que douleur, n'échappe pas à l'attention et peut être suivi dans tous ses détails. On voit alors l'ongle se bomber au niveau de sa racine, faire relief, se soulever ; bientôt on aperçoit son bord supérieur qui, détaché et poussé en avant (suivant le mode habituel de croissance ou d'élimination de la lamelle unguéale), laisse à nu derrière lui une petite surface rosée, sèche et squameuse, laquelle n'est autre que la matrice de l'ongle. Cette surface devient de jour en jour plus considérable, à mesure que progresse le travail d'élimination. Puis l'ongle se décolle de plus en plus et finit par tomber.

Mais, avant même qu'il soit détaché, déjà un processus régénérateur s'est établi, et un nouvel ongle tend à se constituer. Celui-ci s'accroît et se développe. Parfois il pousse aussi régulier de forme que celui dont il a pris la place ; mais, en d'autres circonstances, il reste plus ou moins arqué, incurvé, crochu, voire ratatiné, rabougri. — On a dit même qu'en certains cas de cet ordre la régénération unguéale ne se produit pas, et que l'ongle est remplacé simplement par une masse informe de matière cornée. Je ne saurais garantir ce dernier fait, ne l'ayant pour ma part jamais observé dans la forme d'onyxis relativement bénigne dont il vient d'être question.

4° Quatrième variété : **Pachyonyxis**.

Infiniment plus rare que les variétés précédentes, le pachyonyxis (de παχὺς, épais) consiste en un épaississement de la lamelle unguéale, qui est doublée, triplée, quadruplée de volume, ou même qui peut prendre un volume énorme, comme sur une pièce déposée au musée de Saint-Louis par notre regretté collègue le Dr Hillairet. On voit, sur cette pièce, un ongle affecté de la sorte présenter une épaisseur qui dépasse un demi-centimètre.

Ce développement hypertrophique se produit principalement ou du moins est surtout appréciable vers le bord libre de l'ongle, qu'on trouve non pas seulement épaissi, mais inégalement brisé, rugueux, clivé, offrant une série de cassures et d'aspérités des plus irrégulières, en même temps qu'une coloration brune, noirâtre ou presque noire.

Comme aspect, comme physionomie, cette dernière forme d'onyxis

se rapproche des singuliers états morbides décrits (à tort ou à raison) sous les noms de *psoriasis* ou d'*eczéma* des ongles. Mais elle s'en différencie par divers caractères. Ainsi : dans le pachyonyxis secondaire, l'ongle, bien que déformé et bombé en dos d'âne ou « en toit de maison », conserve encore cependant sa forme d'ongle et, notamment, sa surface lisse ; tandis que, dans les pachyonyxis symptomatiques de diverses dermatoses, il est souvent altéré à ce point comme aspect extérieur qu'on peut le dire amorphe ou monstrueux ; ce n'est plus un ongle, c'est une masse cornée noirâtre, inégale, anfractueuse, striée, crénelée, à la fois semée de mamelons et de fossettes, tantôt aplatie et tantôt recourbée en coquille concave, bref, irrégulière et informe au point de défier toute description, toute comparaison. — D'autre part, le pachyonyxis syphilitique n'est qu'une lésion relativement passagère, tandis que ceux d'autres origines sont bien autrement stables, permanents, chroniques. — Au surplus, le diagnostic de ces diverses altérations unguéales réside bien moins dans leur caractéristique objective que dans les considérations tirées des antécédents, des diathèses antérieures et des manifestations contemporaines d'autres sièges.

5° **Elconyxis.** — Une cinquième forme est celle à laquelle j'ai donné le nom d'elconyxis (de ἕλκος, ulcère), parce qu'elle consiste en une véritable *ulcération* de l'ongle.

Elle est constituée par une perte de substance creusée au sein du parenchyme unguéal de la même façon qu'un ulcère cutané est creusé au sein des parties molles. Cette perte de substance comprend tout ou partie de l'épaisseur de la lame unguéale. Irrégulière de forme, mais généralement ovalaire, elle mesure une étendue variable entre celle d'une lentille et celle d'un pépin d'orange ou d'un haricot. Ses bords sont formés par les lamelles unguéales qui semblent déchiquetées, dentelées, grignotées, vermoulues à la façon du bois rongé par les vers. Son fond repose sur la matrice ou le lit de l'ongle, qui se présente avec une coloration d'un rose grisâtre. Bref, la lésion représente une sorte d'entonnoir, ou, disons mieux, un petit *cratère* entaillé dans la substance de l'ongle et à peu près semblable à celui qu'on réaliserait sur un cadavre en grattant, en creusant l'ongle avec un canif jusqu'à le perforer de part en part.

Cette sorte d'ulcère sec de l'ongle se rencontre toujours au niveau de la région lunulaire et presque toujours latéralement.

Les diverses variétés d'onyxis que je viens de décrire sont des lésions *silencieuses*, sans troubles fonctionnels et sans réaction inflammatoire du côté des parties molles.

Elles sont plus communes aux doigts qu'aux orteils.

Le plus souvent elles sont limitées à quelques ongles. Il n'est pas rare cependant qu'elles en affectent un nombre plus ou moins consi-

dérable (5, 6, 7, 8). — Exceptionnellement on les a vues, sous telle ou telle forme, se généraliser.

Bien qu'assez fréquentes avec les syphilis graves, elles ne comportent pas cependant de signification pronostique ; car, d'autre part, on les observe couramment au cours de syphilis légères ou moyennes.

J'ajouterai qu'indépendamment de ces lésions spécifiques l'ongle est susceptible de présenter des *lésions communes, trophiques*, de l'ordre de celles qui s'observent à la suite des maladies générales, des fièvres, du rhumatisme, de tous les grands troubles nutritifs. C'est ainsi que parfois (mais rarement, je l'avoue) on voit la syphilis déterminer le *sillon unguéal transverse*, témoignage non équivoque d'une perturbation temporaire de la nutrition de l'ongle ; — ou bien encore des taches incluses dans la lamelle unguéale, des stries, des inégalités de surface, des dépressions, des piquetures, soit appréciables à la vue, soit assez fines pour n'être perçues qu'à la loupe (*oxyxis piqueté* ou *ponctué*), comme aussi des irrégularités diverses de croissance, etc.

Relevant en toute évidence d'un trouble nutritif, les lésions de ce genre intéressent naturellement plusieurs ongles, voire parfois tous les ongles. Il se peut cependant qu'elles se localisent sur quelques-uns seulement ou même (par exception) sur un seul. Ainsi le Dr Le Pileur a relaté récemment le cas très curieux d'un malade qui présenta trois fois, au cours de la période secondaire, une lésion trophique d'*un seul* ongle (toujours le même, celui de l'annulaire), sous forme d'un sillon curviligne au niveau de la lunule (1).

II. — PÉRIONYXIS. — Le périonyxis se présente sous trois formes, très inégales comme importance de symptômes, qui peuvent être qualifiées de la façon suivante :

1° Périonyxis sec, squameux ou corné ;
2° Périonyxis inflammatoire (tourniole syphilitique) ;
3° Périonyxis ulcéreux.

I. — Le **périonyxis sec** comprend deux variétés très distinctes : 1° La forme squameuse ; — 2° la forme cornée.

1° la *forme squameuse* est simplement constituée par une syphilide papulo-squameuse se produisant au voisinage de l'ongle, soit sur l'un de ses bords, soit à l'extrémité du doigt ou de l'orteil, sous la portion libre de la lamelle unguéale.

Cette forme n'offre rien de spécial que son caractère habituellement assez rebelle. Il suffit de la signaler.

(1) Voy. *Annales de dermat. et de syph.*, 1897, p. 539.

2° La *forme cornée* pourrait être dite *cor* ou *durillon syphilitique péri-unguéal*. Elle consiste uniquement en un épaississement de l'épiderme qui borde les parties latérales de l'ongle.

Ses symptômes sont des plus simples. Au niveau du point où la peau se réfléchit pour encadrer l'ongle latéralement, il se produit un petit bourrelet longitudinal, légèrement saillant, constitué par une hypergenèse du tissu épidermique normal. Ce bourrelet s'accroît, devient très dur et réellement corné. Il forme alors un véritable *cor* péri-unguéal.

Complètement indolente tout d'abord, cette lésion ne tarde pas à s'irriter sous l'influence des frottements et à agacer les malades qui cherchent à l'arracher, qui la déchirent, qui l'écorchent, et cela sans parvenir toutefois à s'en débarrasser, car de nouvelles couches épidermiques remplacent incessamment celles qui sont détachées de la sorte. Elle devient alors légèrement sensible, saignante, excoriée par places, surtout au niveau du sillon latéral de l'ongle, et finalement elle persiste sous cette forme jusqu'à ce qu'un traitement approprié parvienne à en faire justice.

II. — Le **périonyxis inflammatoire** se présente avec des symptômes déjà plus accentués et plus importants.

Il est constitué par une tuméfaction sub-inflammatoire qui se produit autour d'une partie de l'ongle, soit sur l'un de ses côtés le plus souvent, soit plus rarement au niveau de sa racine. Cette tuméfaction légèrement douloureuse, rénitente, rougeâtre ou d'un rouge brun, encadrant l'ongle sur une partie de son contour, rappelle assez bien comme aspect la *tourniole* vulgaire. Mais elle en diffère par la marche lente et chronique de ses phénomènes morbides, aussi bien que par leur terminaison. Jamais, en effet, cette lésion ne forme d'abcès. Elle subsiste dans le même état pendant un temps fort long, toujours dure et solide ; puis, ou bien elle s'atrophie et disparaît par un véritable travail de résorption sur place, analogue à celui que subissent les papules syphilitiques ; ou bien elle s'ulcère à sa surface, à la façon encore de ces mêmes papules, dont le néoplasme aboutit parfois, comme nous le verrons bientôt, à un processus ulcératif.

Le cas le plus habituel toutefois pour cette forme de périonyxis, c'est de rester *sèche* pendant toute sa durée et sur toute l'étendue des parties affectées. Tout au plus produit-elle, dans le sillon qui borde l'ongle, une crevasse longitudinale, laquelle, irritée par les froissements, s'excorie, suppure légèrement ou se couvre de croûtes adhérentes.

La lésion s'en tient là le plus souvent, surtout quand elle siège aux mains. Il s'en faut même que dans tous les cas elle détermine la chute de l'ongle. Mais, lorsqu'elle affecte le gros orteil, lorsque surtout elle est négligée ou abandonnée à elle-même, elle ne manque

guère de se compliquer et aboutit alors soit aux lésions communes de l'*ongle incarné*, soit à celles du périonyxis ulcéreux qu'il nous reste à décrire.

III. — **Périonyxis ulcéreux.** — Cette troisième forme est de beaucoup la plus sérieuse.

Elle est *primitive* ou *consécutive*.

Consécutive, elle succède au périonyxis inflammatoire, alors que ce dernier s'est prolongé, est devenu chronique, ou a été irrité par des causes diverses, telles que mauvais traitements, marche, fatigue, pression des chaussures, etc.

Primitive, elle résulte de syphilides ulcéreuses, développées à la périphérie de l'ongle.

Quelle qu'en soit l'origine, elle consiste en une *ulcération* qui encadre l'ongle partiellement ou en totalité, ou bien encore qui coiffe le sommet du doigt en pénétrant dans la rainure sub-unguéale. — Cette ulcération est généralement supportée par un bourrelet inflammatoire saillant, qui proémine au-dessus de l'ongle latéralement, et qui offre une teinte d'un rouge sombre, quelquefois violacé. Elle est toujours assez creuse, irrégulière de forme, à bords découpés et entaillés, à fond sanieux, grisâtre, fongueux et de *mauvais aspect*. Elle sécrète enfin assez abondamment une matière séro-purulente, mal liée, semée parfois de détritus et de stries sanguinolentes.

Quand la lésion siège aux pieds (et c'est presque toujours alors le gros orteil qu'elle affecte), elle ne manque guère, irritée par la marche, de se compliquer de phénomènes inflammatoires. Les tissus voisins deviennent rouges et tuméfiés; l'ulcération prend une teinte livide, *vineuse*, et ne sécrète plus qu'un ichor sanguinolent, fétide. Des douleurs plus ou moins intenses se manifestent et rendent la marche très difficile, sinon même impossible.

Quelquefois encore, quand elle a persisté un certain temps sous forme d'ulcération creuse, cette variété de périonyxis prend un autre aspect. Elle bourgeonne, elle s'élève, et dégénère en une sorte de tissu fongueux, de *champignon* mollasse, qui s'exhausse autour de l'ongle ou qui, se renversant sur lui, le recouvre partiellement.

Évolution. — Complications. — Le périonyxis ulcéreux affecte toujours une marche chronique. Une fois développé, il reste ce qu'il est, ou bien il s'étend et aboutit à encadrer l'ongle tout entier. A ce dernier degré, il s'accompagne d'une *déformation* très accusée des parties, due tant au progrès et au bourgeonnement de l'ulcère qu'à l'engorgement et à la tuméfaction symptomatique des tissus circonvoisins. C'est ainsi qu'aux doigts on voit la dernière phalange se tuméfier autour de l'ulcération, s'étaler *en spatule* (suivant l'expression consacrée), ou bien devenir globuleuse et figurer comme une

petite *massue* surmontant les autres phalanges, lesquelles paraissent relativement grêles et atrophiées.

Mais c'est alors surtout que l'affection siège au gros orteil et se complique, grâce à l'incurie des malades, de phénomènes inflammatoires, c'est alors surtout, dis-je, qu'elle acquiert des dimensions incroyables et présente un aspect véritablement *hideux*. Que l'on en juge par un exemple que j'emprunterai à mes Leçons de Lourcine :

Une femme, syphilitique depuis plus d'une année, a commencé, il y a quelques mois, par être affectée d'une petite ulcération d'abord limitée au bord interne d'un des gros orteils, près de l'ongle. Elle ne s'est pas soignée ; elle a continué à marcher, à travailler pour vivre, à se fatiguer même. L'ulcération alors s'est accrue, a envahi tout le pourtour de l'ongle, a enflammé les tissus voisins ; finalement, elle est devenue assez douloureuse pour exiger le repos. La malade, à ce moment, s'est traînée plutôt qu'elle n'est venue à la consultation de notre hôpital. Or, vous n'imaginez pas dans quel état, lors de son entrée dans nos salles, cette malheureuse avait le pied. Le gros orteil était *énorme*, énorme au point de dévier les orteils voisins ; il était rouge, livide, érysipélateux, excessivement douloureux au moindre attouchement. Un vaste ulcère, *noir* et *gangreneux*, entourait tout l'ongle, mesurant au moins 6 centimètres en longueur sur 4 à 5 centimètres de large, sécrétant en abondance un ichor sanguinolent, et exhalant une odeur d'une fétidité extraordinaire. Tout cela est bien changé aujourd'hui, car quatre à cinq jours de repos et de soins ont modifié du tout au tout cette épouvantable lésion. Toutefois vous pouvez encore, sur cette malade, apprécier les divers caractères du périonyxis ulcéreux à son plus haut degré de développement. Voyez d'abord l'orteil. Il est pour le moins *triplé de volume*, surtout au niveau de la dernière phalange, et présente la forme d'un battant de cloche. Toute la face supérieure de cette phalange est convertie en une ulcération, dont les bords, taillés absolument à pic, mesurent *plus d'un centimètre* d'élévation, et dont le fond irrégulier, anfractueux, brunâtre, violacé, présente encore çà et là des lambeaux *gangreneux*. Au centre de l'ulcère subsiste l'ongle, incarné, brunâtre, comme ratatiné sur lui-même ; il est mobile, car ses adhérences ont été rompues sur la plupart des points, et l'on pourrait presque le *cueillir* avec une pince. Quant aux tissus périphériques, vous constatez encore qu'ils sont fortement engorgés, tendus, rougeâtres, et douloureux au toucher ; mais ce n'est plus là qu'un diminutif très atténué de l'inflammation violente, phlegmoneuse et gangreneuse même, que nous avons eu à combattre ces derniers jours.

Dois-je ajouter que la chute de l'ongle est inévitable comme conséquence de telles lésions ? Cela va sans dire. Toujours l'ongle tombe à la suite du périonyxis ulcéreux. Et c'est même fort heureux qu'il tombe ; car, partiellement décollé, il constitue dans la plaie un véritable corps étranger. En raison de sa rigidité et de ses bords tranchants, il irrite incessamment les parties, il les enflamme, il y entretient de vives douleurs. Aussi sa chute est-elle un bénéfice pour les malades et une condition presque indispensable de guérison. La nature en général se charge de cette élimination, mais il est souvent

utile de l'aider dans ce travail et de rompre les dernières adhérences qui rattachent l'ongle aux tissus sous-jacents.

Soumis au traitement que j'indiquerai bientôt, le périonyxis ulcéreux se cicatrise et guérit. Et alors, de deux choses l'une : Si la matrice de l'ongle n'a été que superficiellement ou partiellement intéressée, un nouvel ongle repousse, mais difforme, incomplet, arqué, crochu, etc. A-t-elle été profondément ulcérée et détruite, il ne se produit plus sur la cicatrice que de petites plaques ou de petits mamelons épars de matière cornée. L'extrémité du doigt ou de l'orteil reste alors déformée pour la vie, figurant une sorte de moignon irrégulier, où l'ongle n'est plus représenté que par une surface sèche, dure, rugueuse, incomplètement revêtue de débris unguéaux.

Traitement. — Quel traitement réclament les diverses lésions dont nous venons de parler ?

Contre l'onyxis proprement dit, rien à faire évidemment en dehors du traitement général. Tout topique serait superflu.

Il n'en est pas de même pour le périonyxis. Un traitement local doit lui être appliqué concurremment avec la médication générale. Ce traitement joue même le principal rôle et contribue bien plus rapidement que les remèdes internes au travail de cicatrisation.

1° Pour la forme sèche, pour la variété cornée plus spécialement, des agents de *protection* suffisent. On se bornera à protéger le cor syphilitique contre les froissements ou les frottements qui sont pour lui des causes d'irritation. Dans ce but, le recouvrir de baudruche agglutinative, de bandelettes de sparadrap et d'un doigtier en peau de gant.

2° La forme inflammatoire réclame pour quelques jours l'emploi des antiphlogistiques locaux, des bains généraux, des bains locaux, des cataplasmes émollients, utiles encore à un autre point de vue pour détacher les croûtes qui peuvent s'être formées. — Plus tard, c'est-à-dire après trois ou quatre jours, recourir au *pansement occlusif*. En autres termes, recouvrir l'extrémité du doigt ou de l'orteil de bandelettes entre-croisées de diachylon ordinaire ou de taffetas de Vigo. Ce mode de pansement, aidé au besoin de quelques attouchements à la teinture d'iode, est certes ce qui réussit le mieux.

3° Contre le périonyxis ulcéreux : Tout d'abord, si l'inflammation est vive et intéresse les parties voisines, indication évidente de s'en tenir pour quelques jours aux antiphlogistiques : bains généraux, prolongés et répétés, fomentations émollientes, cataplasmes de fécule froids, etc. ; — nécessité absolue du repos, si la lésion siège au pied ; — puis, le plus tôt possible, pansement occlusif au taffetas de Vigo. La méthode occlusive, appliquée suivant les préceptes de Chassaignac, rend ici les plus grands services. Elle calme les douleurs ; elle modifie et déterge la plaie ; elle favorise, elle appelle, si je puis ainsi dire, la cicatrisation. J'en ai toujours obtenu les meilleurs effets, et

je n'hésite pas à la donner comme le traitement par excellence du périonyxis ulcéreux.

L'*iodoforme* a été fortement préconisé en l'espèce; et, en effet, je l'ai vu maintes fois faire véritablement merveille en modifiant d'une façon très rapide le périonyxis ulcéreux. Seulement, il faut le mettre en œuvre sous des formes diverses d'après les indications du cas particulier. Si la lésion est inflammatoire, éréthique, les pansements gras à l'iodoforme sont seuls tolérés. C'est, au contraire, le pansement sec (poudre d'iodoforme et ouate) qui convient le mieux après sédation de l'état phlegmasique. — J'ai cru remarquer plusieurs fois qu'une légère aspersion d'iodoforme réussit mieux qu'une application *largâ manu*.

Diday (de Lyon) dit s'être bien trouvé de pansements à la solution de nitrate d'argent (1 gr. pour 20 gr. d'eau).

Comme indications de seconde ligne j'ajouterai : qu'à certaines étapes de l'évolution morbide il peut être utile de toucher l'ulcération soit à la teinture d'iode, soit au nitrate d'argent, lorsque surtout la cicatrisation paraît languir; — qu'il y a souvent indication à réprimer avec le crayon le bourgeonnement excessif de la plaie; — qu'on est même parfois obligé de recourir soit à des caustiques plus énergiques, soit à l'excision pour détruire les tissus végétants et fongueux qui tendent à se produire autour de l'ongle, etc.; — qu'enfin, si l'ongle tarde à se détacher et constitue un obstacle évident à la cicatrisation, il convient de l'enlever au plus vite. Presque toujours, d'ailleurs, on le trouve partiellement décollé, à ce point qu'en certains cas il suffit de le cueillir, plutôt que de l'arracher, avec une pince. Cette petite opération, habituellement peu douloureuse, produit toujours un excellent effet. Non seulement elle débarrasse la plaie d'un corps étranger très irritant, mais elle permet de la panser d'une façon régulière et complète, double condition essentiellement favorable à la cicatrisation.

Enfin, un dernier mot relativement à une vieille pratique qui consistait à attaquer d'emblée la lésion, soit par les caustiques chimiques, soit par le fer rouge. C'est là une détestable méthode, à la fois inutile et dangereuse, actuellement proscrite d'un accord unanime.

ALOPÉCIE.

La syphilis est certainement, de toutes les maladies infectieuses, celle qui retentit sur le système pileux de la façon à la fois la plus fréquente et la plus sévère.

Elle peut affecter l'universalité du système pileux; mais ce n'est là qu'une exception des plus rares. Très généralement, elle n'est que *partielle*, et c'est le cuir chevelu qui en constitue le siège d'élection.

Tant et tant de préjugés se sont accrédités dans le public sur cette manifestation de la syphilis que je ne craindrai pas d'insister sur elle avec plus de détails que n'en comporte peut-être son importance comme symptôme.

I. — Tout d'abord, est-ce bien là une manifestation relevant de la syphilis? Les malades n'en croient rien. Pour eux, ce n'est pas la vérole qui fait tomber les cheveux, *c'est le mercure*. Ce préjugé, qui remonte loin (puisqu'on le trouve déjà signalé et réfuté par Fracastor) (1), trouve sa condamnation dans les deux considérations suivantes, à coup sûr plus que péremptoires :

1° C'est, d'abord, que des milliers de fois l'alopécie syphilitique a été constatée dans toutes ses formes, voire les plus intenses, sur des malades *qui n'avaient jamais absorbé un atome de mercure*. Diday a eu la patience d'instituer une statistique à ce sujet. Sur 60 malades syphilitiques pris au hasard, il a constaté l'alopécie 53 fois *avant* tout traitement.

2° C'est, en second lieu, que, loin de produire l'alopécie chez les syphilitiques, le mercure *la guérit*. Ici encore c'est par milliers qu'il faudrait compter les malades qui, après avoir perdu leurs cheveux par le fait de la vérole, les ont recouvrés par le fait du mercure.

N'importe, cependant. Le préjugé en question n'en subsiste pas moins de nos jours dans l'esprit de tous les gens du monde.

II. — Autre croyance non moins accréditée bien qu'inverse et contradictoire de la précédente : « La vérole doit fatalement faire tomber les cheveux et aboutir à une calvitie permanente ». Il n'est guère de client qui, lorsqu'on lui annonce qu'il vient de contracter la syphilis, ne se lamente tout aussitôt à propos de la perte prochaine et irréparable de ses cheveux : « Alors, docteur, adieu mes cheveux ! Ils vont tous tomber, et me voici chauve bientôt pour toute ma vie. » Double erreur. Car : 1° Pour être un symptôme fréquent, très fréquent, de la syphilis, l'alopécie n'en est pas un symptôme constant, fatal, inévitable. Et, de plus, elle n'affecte, pour la plupart des cas, qu'un degré bénin, qui, même chez les sujets insuffisamment traités, reste presque inappréciable ; — 2° Elle ne constitue — considération plus importante encore — qu'une manifestation *temporaire*, réparable par le traitement, voire réparable *sponte suâ*, sans dégénérer jamais en une lésion permanente. *Jamais la vérole n'a fait de chauves*, comme je l'établirai par ce qui va suivre.

Échéance d'invasion. — Ici encore, autre préjugé, d'après lequel l'alopécie constituerait un témoignage de « vieille vérole », de vérole

(1) « ... Chose singulière, dit Fracastor, nous avons vu se développer de nos jours (comme symptôme du Mal français) une manifestation jusqu'alors inconnue, consistant en la chute des cheveux, de la barbe et des sourcils. Cette dépilation générale, qui donne aux malades l'aspect le plus ridicule, fut d'abord considérée comme un effet des remèdes, *du mercure en particulier* ; mais on reconnut plus tard qu'il fallait seulement l'imputer à la maladie. »

invétérée, remontant à un passé lointain. Voit-on, par exemple, un homme devenir chauve à l'âge de maturité, on ne manque guère parmi les gens du monde de rattacher cette calvitie à ce qu'on appelle par euphémisme *les péchés de jeunesse* ; ce qui, médicalement, signifierait ceci : que cet homme, perdant ses cheveux vers la quarantaine, les perdrait par le fait d'une syphilis contractée dans la jeunesse, c'est-à-dire quinze ou vingt ans auparavant. L'alopécie, donc, dans cette manière de voir, serait une manifestation *tertiaire*, un stigmate éloigné d'une infection se perdant dans la nuit des temps. Or, rien n'est plus faux qu'une telle interprétation ; rien n'est plus contraire à la vérité clinique.

Car, loin d'être une manifestation tardive, l'alopécie constitue au contraire un accident de vérole *jeune*, de vérole âgée de quelques mois, d'une ou de deux années tout au plus. L'alopécie syphilitique est *essentiellement secondaire*.

C'est, en effet, règle presque générale, coïncidemment avec les premières poussées secondaires que les cheveux commencent à tomber, c'est-à-dire vers le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième mois de la diathèse. Il est plus rare de l'observer dans les derniers mois de la première année et surtout au cours de la seconde. Au delà de ce terme, elle devient tout à fait exceptionnelle et n'apparaît plus qu'au titre d'une manifestation *retardée* par le traitement.

Étiologie. — C'est un accident de tous les âges, que l'on peut observer également chez l'adulte, chez le vieillard et même chez l'enfant. A coup sûr, elle est rare en tant que symptôme de syphilis acquise chez l'enfant, et cependant je l'ai vue plus d'une fois se manifester avec intensité dans l'âge le plus tendre.

Elle sévit sur l'un et l'autre sexe. Mais elle est souvent plus accentuée chez la femme.

Est-il des formes de syphilis qui, plus que d'autres, prédisposent à l'alopécie ? Trois réponses à faire à cette question :

1° Il n'est pas douteux que l'alopécie se produise de préférence et avec un degré d'intensité maxima dans certaines formes de la syphilis que j'étudierai plus tard sous les noms de formes *asthéniques* et *dénutritives*, plus spécialement caractérisées par un alanguissement de toutes les fonctions, une dépression de tout l'être, des phénomènes multiples d'anémie, d'amaigrissement, de fièvre, de troubles nerveux, bref par une atteinte à l'état général, à ce qu'on appelle la santé. C'est dans les cas de cet ordre qu'elle doit être considérée comme une expression locale de la dénutrition infligée à tous les systèmes par le poison syphilitique.

2° Mais ce qui n'est pas moins avéré, c'est qu'elle peut être un symptôme de *toutes les formes* de syphilis, indistinctement, voire des formes légères et bénignes d'apparence. Il n'est même pas très rare

de rencontrer des sujets qui, relativement épargnés par la syphilis, voire favorablement traités par elle à tous points de vue, sont au contraire rudement éprouvés quant à leur chevelure.

Et, réciproquement, il est des syphilis intenses ou même graves qui respectent, au moins d'une façon relative, le système pileux.

3° L'alopécie, enfin, obéit fréquemment à des *dispositions individuelles*, à ce qu'on appelle, dans l'impossibilité de toute explication, des idiosyncrasies. Tel sujet perd ses cheveux abondamment de par la syphilis, et tel autre ne les perd que d'une façon insignifiante ou même ne les perd absolument pas. Pourquoi cela? Très souvent, en analysant par le menu la syphilis de ces deux sujets, en mettant en parallèle leur constitution, leur tempérament, leurs habitudes, leurs antécédents personnels ou héréditaires, on ne trouve pas l'ombre d'une raison pour interpréter la bénignité ou l'intensité de l'alopécie dans l'un et l'autre cas.

Il y a plus même parfois. Ainsi, l'intensité de l'alopécie peut être précisément contraire à toutes les prévisions rationnelles. On voit, par exemple, des syphilis qui, se produisant sur des sujets anémiques, débilités, malingres ou même tuberculeux, respectent absolument la chevelure, en opposition avec tout ce qu'on pourrait préjuger. Ainsi, j'ai eu longtemps dans mon service une jeune femme abominablement éprouvée par la scrofulo-tuberculose, criblée de cicatrices scrofuleuses, ankylosée par des tumeurs blanches sur plusieurs de ses articulations, et finalement affectée d'un mal de Pott avec gibbosité et abcès, etc. Or, cette femme qui, en plus, avait contracté la syphilis depuis une quinzaine de mois, n'en avait pas moins la plus belle chevelure du monde. Elle avait conservé intégralement ses cheveux, à ce point qu'elle était forcée de les tasser en deux grosses nattes véritablement merveilleuses.

De telles idiosyncrasies sont absolument « paradoxales », comme on l'a dit. Il n'est qu'à les enregistrer sans essayer d'en fournir une explication qui nous fait actuellement défaut.

Pathogénie. — Les poils tombent de deux façons dans la syphilis : ou bien par le fait de lésions cutanées très nettement appréciables ; — ou bien sans lésions, du moins sans lésions apparentes, constatables *de visu*, et vraisemblablement alors sous l'influence d'un trouble de nutrition.

Le premier mode est infiniment le plus rare et le moins important. Il est relatif aux cas où les cheveux tombent par le fait de syphilides cutanées. Au cuir chevelu, par exemple, on observe des dépilations partielles, disons plutôt parcellaires, au niveau même des syphilides qui se produisent sur la région, telles que syphilide papuleuse lenticulaire, syphilide acnéiforme (la plus commune de toutes), syphilides croûtelleuses, impétigineuses, *à fortiori* syphilides excoriatives, exulcéreuses.

Incidemment notons ici qu'une lésion peu connue de la région est parfois notablement meurtrière pour les cheveux qu'elle décime à foison. C'est la **syphilide pityriasiforme** ou **roséole furfuracée** du cuir chevelu, consistant en de simples rougeurs éparses, lenticulaires ou diffuses, assez pâles de ton pour échapper le plus souvent à l'examen, et partiellement recouvertes de squamules furfuracées, pulvérulentes, grisâtres (1).

De telles lésions expliquent la dépilation parce que le bulbe pileux bien manifestement ne saurait échapper aux altérations cutanées qui constituent les syphilides. Donc, dans les cas de cet ordre, l'alopécie est purement secondaire aux syphilides ; elle est, comme on dit en langage d'école, *symptomatique*, *deutéropathique*.

Mais il s'en faut, et de beaucoup, que l'on ait toujours à constater des lésions pour légitimer la chute des cheveux et des poils de tout ordre. Bien plus souvent — et c'est là le second mode d'alopécie que nous avons à décrire — les cheveux tombent *sans raison appréciable*. Ou bien, si l'on trouve çà et là sur le crâne quelques minuscules lésions, ces lésions sont loin de rendre compte de l'alopécie ; car, si elles expliquent pourquoi les cheveux tombent là où elles sont, elles ne motivent en rien leur chute là où *elles ne sont pas*. Et ce dernier cas est le cas usuel. Sur la presque totalité des malades, en effet, on observe ceci : des alopécies plus ou moins intenses, éparses, disséminées, avec un très petit nombre d'insignifiantes lésions du cuir chevelu, lésions qui, je le répète, ne rendent en rien compte de la dépilation générale.

Dans ces conditions, pourquoi le cheveu tombe-t-il? Est-ce en raison d'un trouble nutritif, comme dans les alopécies de convalescence et de cachexie? Ou bien, comme le pense S. Giovannini (de Turin), est-ce en raison d'une lésion locale qu'il a observée histologiquement et décrite sous le nom de *folliculite pilaire profonde* (2)? Ou bien encore ces deux pathogénies ne pourraient-elles pas se combiner? La question ne saurait être résolue quant à présent.

D'après le Dr Darier, les cheveux qui tombent par le fait de l'alopécie secondaire se répartissent en deux catégories. Les uns, de beaucoup les plus nombreux (85 p. 100), sont des cheveux normaux ou presque normaux, qui semblent avoir été détachés par une véritable mue. Les autres, pour une proportion de 15 p. 100, sont au contraire des cheveux malades, altérés histologiquement, *atrophiés* à

(1) Exceptionnellement, on a vu cette syphilide s'étaler en larges nappes sur la presque totalité du cuir chevelu et présenter, en outre, une desquamation non plus seulement pityriasique, mais à lamelles larges et épaisses. — Mon collègue et ami le Dr Hallopeau a relaté récemment une observation de cet ordre devant la Société de dermatologie (Voy. *Annales de derm. et de syph.*, 1896).

Dans cette forme, la syphilide en question présente une ressemblance presque absolue avec l'*eczéma séborrhéique*.

(2) *Congrès intern. de dermat.* Vienne, 1892, p. 607.

divers degrés. Tantôt alors la tige seule est affectée et réduite dans sa partie inférieure à un diamètre « qui n'est que la moitié ou le quart de ce qu'il est dans la partie supérieure de la tige ». Tantôt à cette même atrophie de la tige répond une atrophie semblable du bulbe. Ainsi, certains cheveux (5 p. 100 environ) présentent un *effilement* complet de leur racine, sans bouton terminal. « De semblables altérations atrophiques, ajoute le savant histologiste, témoignent bien d'un état de souffrance de la papille formatrice du poil (1). »

D'après le Dr Sabouraud, dont on connaît la compétence en semblable matière, l'alopécie de la syphilis ne serait qu'une des variétés multiples des alopécies infectieuses et reconnaîtrait comme origine une sorte de « mort temporaire de la papille pilaire par intoxication ». J'extrais le passage suivant d'un mémoire inédit sur ce sujet, dont il a bien voulu me donner connaissance :

... Les cheveux qui tombent dans l'alopécie syphilitique présentent ordinairement très peu de lésions.

La lésion minima, celle que tous les cheveux qui tombent présentent uniformément, c'est la transformation du bulbe creux de leur racine en bulbe plein ou bulbe mort.

Disons deux mots d'abord de cette transformation et de son mécanisme. On sait que, normalement, le cheveu, à son extrémité radiculaire, est terminé par une sphère creuse, dans laquelle, lorsque le cheveu est en place, la papille pilaire se trouve emboîtée.

La surface de cette papille dermique, qui contient vaisseaux et nerfs, est recouverte d'une couche de cellules mères épithéliales. Cette couche est l'homologue de la couche muqueuse de Malpighi de la peau, et c'est elle qui crée le cylindre cellulaire qui est le cheveu.

Quand cette papille est frappée de mort, la saillie piriforme qu'elle fait dans le fond de l'infundibulum pilaire s'efface, et le puits pilaire reprend exactement la forme d'un doigt de gant. En même temps, le bulbe pilaire subit des transformations. Sa racine bulbeuse perd de son diamètre, comble sa cavité, et prend une forme grossièrement analogue à celle d'un navet. Enfin, sur tout son pourtour, les cellules dernières-nées du cheveu s'emboîtent avec celles du revêtement épidermique du follicule. Examinée à ce moment sur des coupes verticales, la racine pilaire paraît hérissée de denticulations, emboîtées dans de semblables denticulations inverses de l'épiderme folliculaire.

Ainsi maintenu en sa place, quoique privé de son point d'attache normal (la papille qui a disparu), le cheveu s'élève progressivement dans le follicule jusqu'à ce qu'il arrive à son orifice cutané. Alors il tombe. Pendant ce temps, le puits pilaire, privé de son contenu normal (le cheveu), adosse ses parois à elles-mêmes et apparaît sur une coupe comme un bourgeon plein épithélial.

Le cheveu mort, quand il tombe, présente donc toujours un bulbe plein, une racine effilée « en navet ». Et cette racine témoigne seulement de ce fait que la papille formatrice du cheveu a été frappée de mort.

(1) *Annales de derm. et de syph.*, 1889, p. 199.

C'est là un symptôme commun à tous les cheveux de l'alopécie syphilitique et de toutes les alopécies non cicatricielles, car la mort de la papille se produit toujours de même, et la formation du bulbe plein du cheveu en est la conséquence immédiate et nécessaire. Donc, tous les cheveux tombés de l'alopécie syphilitique présentent une racine à bulbe plein.

Beaucoup de cheveux tombés ne présentent pas d'autres lésions.

En dehors de cette lésion qui est constante, les cheveux qui tombent dans l'alopécie syphilitique peuvent présenter d'autres altérations; mais celles-ci sont inconstantes. Elles consistent sommairement en ce fait que l'atrophie papillaire brusque ne se traduit que par le bulbe plein, tandis que, dans le cas où elle est lente et progressive, son atrophie se traduit progressivement sur tout le segment dernier-né du cheveu, c'est-à-dire sur une longueur de 1 à 5 ou 6 millimètres. Dans les cas de cet ordre, l'atrophie porte sur tous les éléments constitutifs du cheveu, l'écorce et la moelle. Les cellules corticales sous-cuticulaires ont perdu la plus grande quantité de leurs granulations pigmentaires. Elles deviennent jaunâtres et homogènes. Les cellules médullaires s'atrophient semblablement, jusqu'à cesser d'être. Et le canal médullaire disparaît.

En même temps le cheveu, de haut en bas, subit une forte diminution de diamètre, voire reconnaissable à l'œil nu sur les cheveux les plus frappés.

Ce sont là encore des lésions qui sont communes, comme la première, à tous les cheveux qui tombent au cours de toutes les alopécies non cicatricielles et particulièrement à toutes les alopécies dites *infectieuses*, consécutives aux infections graves.

Il est à remarquer que les cheveux qui tombent ne sont pas les seuls frappés. Bien au contraire, ceux qui tombent sont ceux précisément qui montrent le moins de lésions, et cela parce que l'atrophie papillaire qui les a tués a été plus brusque et ne s'est traduite que sur le bulbe même du cheveu. Les cheveux, au contraire, qui demeurent en place et qui tiennent à la traction des doigts présentent presque tous, microscopiquement, des traces plus ou moins manifestes d'atrophie papillaire : diminution progressive de leur diamètre, décoloration progressive de haut en bas par raréfaction du pigment, disparition de la moelle, etc.

Dans toutes ces lésions, qu'y a-t-il de spécifique, de particulier à la syphilis? Exactement, RIEN.

Toutes ces transformations des cheveux peuvent s'observer, d'abord, sur les cuirs chevelus les plus sains, du fait de la *mue normale bisannuelle* à laquelle les hommes sont soumis, moins que les animaux, mais encore d'une façon sensible.

En second lieu, nous le disions, toutes les pyrexies et les infections graves peuvent être suivies d'une alopécie à symptômes histologiques pleinement identiques à ceux de la syphilis. *Histologiquement, il n'y a donc pas une alopécie syphilitique.* Il y a des alopécies infectieuses, parmi lesquelles l'alopécie syphilitique est seulement l'une des plus constantes.

En outre, nombre de maladies propres du cuir chevelu (toutes celles dans lesquelles le cheveu meurt par intoxication et atrophie papillaire progressive) présentent des altérations du cheveu histologiquement identiques à celles que nous venons de décrire, pour cette raison que leur mécanisme de formation est le même.

Parmi ces maladies, les plus communes et les mieux connues sont l'alopécie séborrhéique (calvitie vulgaire) et la pelade.

La seule différence entre le cheveu peladique et le cheveu des alopécies infectieuses, c'est que, dans la pelade, les altérations du cheveu sont plus régulières, plus constantes, plus identiques, plus systématisées, si l'on peut dire, tandis que, dans les alopécies infectieuses, les lésions des divers cheveux sont ordinairement moins accusées et surtout plus variables d'un cheveu à l'autre.

Résumant en quelques mots ce qui précède, nous dirons :

Au point de vue histologique, le cheveu de l'alopécie syphilitique montre toutes les transformations communes aux alopécies des maladies infectieuses.

D'une façon plus générale encore, on peut dire : le cheveu de l'alopécie syphilitique montre les *altérations qui suivent la mort de la papille par intoxication*, que la source de l'intoxication soit locale et proche de la papille frappée (séborrhée, pelade) ou qu'elle soit générale (maladies infectieuses).

Dans leur ordre chronologique, ces altérations sont l'atrophie et la disparition de la papille, se traduisant par une atrophie et une mort correspondantes du cheveu.

L'atrophie du cheveu, comme celle de la papille, est plus ou moins brusque. Brusque, elle a exclusivement pour siège l'extrémité radiculaire du cheveu (transformation de son bulbe creux en bulbe plein). Plus lente, elle aboutit au même résultat, mais après s'être traduite sur un segment radiculaire plus long du cheveu (2 à 6 millimètres), segment sur lequel on observe progressivement, de haut en bas, la diminution du diamètre du cheveu, la raréfaction du pigment des cellules corticales, et la disparition des cellules médullaires.

Division. — Les dépilations secondaires de la syphilis sont susceptibles de localisations variées.

La plus commune et la plus importante de beaucoup est celle qui occupe le cuir chevelu (alopécie *cranienne* ou alopécie proprement dite en langage courant).

Viennent après, par ordre de fréquence, les alopécies de la moustache, de la barbe, des sourcils et des cils.

Tout à fait rares sont les alopécies des régions pubienne et axillaire ; exceptionnelle, enfin, celle des poils du tronc et des membres.

Plusieurs de ces localisations sont souvent associées. Exemple : alopécie cranienne et alopécie de la barbe ou des sourcils.

Une dépilation absolument générale, portant sur tout le système pileux, a été signalée comme possible, mais ne constitue qu'un fait des plus rares.

I. — **Alopécie cranienne.** — Un symptôme unique la constitue, à savoir la chute des cheveux. Car, à cela près, rien. Nulle douleur, nulle rougeur, nul prurit, nul phénomène local d'aucun genre.

1. — Comme *siège*, deux caractères la recommandent à l'attention. C'est d'être *non systématisée* et *asymétrique*. Ainsi :

1° Elle n'a pas de localisation fixe, spéciale, préférée (particularité négative qui, on va le voir, la différencie d'autres formes d'alopécie). Elle se produit à peu près indifféremment sur toutes les régions du crâne, aussi bien sur les régions temporales que sur le sinciput, aussi bien sur les parties postérieures que sur les parties antérieures. Toute la tête est son domaine.

Bien au contraire, c'est le propre de certaines alopécies étrangères à la syphilis d'affecter une région spéciale du crâne et de s'y concentrer exclusivement. Telle est l'alopécie sénile qui se restreint aux régions médiane et antérieure du crâne, en respectant les régions latérales et postérieures. Telle est de même l'alopécie arthritique.

2° L'alopécie syphilitique est essentiellement asymétrique, irrégulière, capricieuse. Elle frappe ici ou là, comme au hasard, sans souci d'harmoniser ses ravages. — En cela, de même, elle est très différente des alopécies les plus communes (alopécie sénile, alopécie arthritique), qui procèdent au contraire dans leur dépilation propre avec une régularité absolument symétrique, presque élégante même, dirai-je, à force de symétrie.

II. — Comme *forme*, elle se présente sous deux aspects : **forme diffuse** et **forme en clairières**.

Dans la forme diffuse, elle se borne simplement à éclaircir la chevelure d'une façon plus ou moins générale et égale (quelque peu prédominante cependant au niveau des régions temporales). Les cheveux alors sont moins abondants, moins touffus, plus espacés, sur tout ou partie du crâne.

Dans la forme en clairières, elle se localise (non pas uniquement, mais plus particulièrement) sur certains îlots disséminés du cuir chevelu, qu'elle décime jusqu'à les dénuder presque, en respectant d'une façon au moins relative les parties avoisinantes.

Une comparaison fera comprendre ce double mode d'action de la syphilis sur le système pileux.

Soit une forêt régulièrement plantée. Supposez que, dans cette forêt, on abatte un arbre sur dix ou quinze, que deviendra la forêt? Elle sera simplement éclaircie. Mais supposez qu'au contraire on y fasse sur certains points seulement de grands abatis d'arbres, que réalisera-t-on de la sorte? Des places vides, dégarnies, ce qu'on appelle des **clairières**.

Eh bien, cette forêt, ce n'est autre en l'espèce que la chevelure, où la syphilis procède tantôt par éclaircies générales et plus ou moins régulières, et tantôt par grands abatis disséminés au hasard au milieu de parties relativement indemnes.

Ces deux formes d'alopécie sont l'une et l'autre très communes. L'alopécie *en clairières*, toutefois, est celle qu'on observe le plus fréquemment lorsque la chevelure vient à être fortement éprouvée par la syphilis. C'est la forme des cas quelque peu intenses. C'est

aussi la forme qui imprime à l'alopécie syphilitique son cachet le plus spécial et le plus accusateur.

Il est très habituel que ces deux formes coexistent et s'observent associées chez le même sujet.

Enfin, un détail topographique mérite une mention spéciale. Dans les formes intenses, il arrive parfois que des clairières confluentes arrivent à se toucher, puis à se confondre. Et alors de leur fusion peut résulter une *nappe de dépilation à contours polycycliques*, laquelle présente le plus pittoresque et le plus étonnant aspect. A cet aspect, impossible de méconnaître la syphilis.

III. — Comme intensité de symptômes, l'alopécie secondaire est susceptible des quatre degrés suivants :

1° Dans la plupart des cas, dans les cas surtout où la diathèse a été traitée de bonne heure, il ne se produit qu'une chute de cheveux assez légère. Les cheveux tombent dans une certaine proportion, mais les malades sont seuls à s'en apercevoir, la dépilation n'étant pas assez accusée pour devenir apparente.

2° Il n'est pas rare toutefois que l'alopécie prenne un plus haut degré d'intensité, et alors elle n'est plus guère susceptible de passer inaperçue aux yeux d'autrui. Les cheveux tombent à profusion, tant leur adhérence est réduite. Les malades en arrivent à ne plus oser se peigner, parce que chaque coup de peigne semble devoir épuiser la chevelure. Le seul passage de la main dans les cheveux ou la plus faible traction suffit à en détacher une demi-douzaine, si ce n'est plus.

3° Bien plus rarement, l'alopécie s'exagère encore et devient excessive, au point de presque dénuder certaines portions du crâne, notamment les régions sincipitales. Le cuir chevelu apparaît alors à découvert, comme chez un chauve, mais sans présenter toutefois l'aspect poli, brillant et comme atrophique de la calvitie ordinaire (Finger).

4° Vient enfin, mais à titre d'exception rarissime et de véritable curiosité, l'alopécie générale et complète, qui dénude absolument le crâne. Je n'en ai observé que deux cas. Dans l'un, j'ai compté les cheveux qui avaient survécu à cette effroyable dépilation ; il en restait exactement *dix-sept* ; pas un de plus !

IV. — D'autre part, la syphilis n'affecte pas seulement les cheveux qui tombent. Elle s'en prend aussi quelquefois à ceux qui subsistent, pour leur imprimer divers caractères qui, peu remarqués chez l'homme et par l'homme, n'échappent pas à la coquetterie féminine. Ces cheveux survivants ne sont pas toujours des cheveux normaux d'aspect, de physionomie, si je puis ainsi dire ; loin de là. Ils perdent leur lustre ; ils deviennent *ternes*, *secs*, quelquefois aussi durs, frisottants, lanugineux. Ils prennent l'aspect de *cheveux morts*, de faux cheveux, si bien, comme l'a très justement dit le regretté Dr Diday,

« qu'avec leur vraie chevelure les malades ont parfois l'air de porter perruque ».

v. — *Variété*: **Alopécie pseudo-peladique.** — A ce dernier propos, je dois ici une mention à une variété rare de l'alopécie secondaire dont je n'ai pas encore parlé en raison même de son caractère relativement exceptionnel, à savoir l'*alopécie pseudo-peladique.*

Celle-ci n'est autre qu'une alopécie en clairières dont quelques clairières (deux, trois ou quatre, ou même davantage) sont assez étendues et assez glabres pour simuler des îlots de pelade. Elle est constituée par ces trois éléments : une alopécie diffuse; — une alopécie en clairières, de forme habituelle ; — et, en outre, existence de quelques clairières d'étendue insolite, larges comme une pièce d'un ou de deux francs, parfois arrondies, mais plus souvent irrégulières, presque absolument dénudées et faisant, pour parler le langage des malades, des *vides* ou des *ronds blancs* dans la chevelure. A première vue, on croirait avoir affaire à des îlots de pelade, et ce n'est que par un examen raisonné qu'on revient sur cette impression en constatant que les clairières de cette fausse pelade diffèrent par plusieurs points de la véritable pelade, à savoir : par leur forme le plus souvent irrégulière, en tout cas moins méthodiquement circinée que celle des îlots de pelade; — par leur dénudation moins complète, moins absolue (presque toujours, en effet, il y subsiste quelques cheveux); — par l'absence de cet aspect lisse, uni, chatoyant, *bille de billard*, qui est si éminemment caractéristique de la pelade; — enfin, par la coexistence avec ces îlots pseudo-peladiques d'une alopécie périphérique qui fait absolument défaut dans la pelade vraie, etc., etc.

Bien qu'assez exceptionnelle, je n'en signale pas moins à l'attention cette forme peladoïde de l'alopécie secondaire, parce que je l'ai vue plusieurs fois déjà devenir l'occasion d'erreurs diagnostiques.

vi. — L'alopécie secondaire est un symptôme essentiellement variable d'intensité, on vient de le voir. D'abord, elle peut faire absolument défaut. Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des sujets dont la chevelure est restée complètement indemne. Puis, quel contraste entre les cas où elle se borne à faire tomber quelques cheveux et ceux où elle dénude presque le crâne!

Or, savons-nous le secret de telles inégalités ? Nullement. De vieille date cependant on s'est préoccupé de leur trouver une raison. Vaguement on les a rapportées soit à des prédispositions natives, à une hérédité spéciale ou de localisation spéciale, soit à certaines diathèses (arthritis, herpétisme, rhumatisme, etc.), soit à des conditions de tempérament, d'âge, de constitution, soit encore au genre de vie, au surmenage, aux excès, aux veilles, au labeur intellectuel, etc., etc. Aucune de ces influences n'a jamais été sérieusement déterminée.

De nos jours, on croit plus volontiers à une réaction de ce qu'on appelle l'*état séborrhéique*, la séborrhée du cuir chevelu. « Ce sont les séborrhéiques, a-t-on dit, qui plus que d'autres perdent leurs cheveux au cours de la syphilis, sous la double influence et de l'infection spécifique et d'une maladie locale antérieure. » Théoriquement, rien de plus rationnel ; mais on ne saurait dire encore si la clinique confirme ces prévisions.

« Réciproquement d'ailleurs, a-t-on ajouté, l'alopécie syphilitique réagit sur la séborrhée et même sur la pelade en excitant, en exacerbant l'une et l'autre. » Autre question non moins difficile, non moins délicate, qui réclame une longue enquête et sur laquelle, quant à présent, il serait impossible de se prononcer (1).

(1) Ici encore j'emprunterai au mémoire précité de M. le Dr Sabouraud l'intéressant passage suivant, à coup sûr très digne de mention :

« I. — *Combinaison de l'alopécie séborrhéique et de l'alopécie syphilitique secondaire.* — Certaines syphilis s'accompagnent d'une alopécie plus marquée que d'autres. Le plus souvent ce ne sont là que des différences de degré, d'intensité, comme on en rencontre à propos de toute entité morbide. Cependant il est des cas où d'autres causes d'alopécie viennent se joindre à la syphilis et exagérer notablement ce symptôme spécial. De ces causes, l'une des plus communes est la *séborrhée*.

« La syphilis est plus fréquente entre vingt et trente ans, à l'âge précisément où l'alopécie séborrhéique s'établit. Aussi voit-on fréquemment ces deux processus se doubler, s'intensifier, et l'alopécie séborrhéique prendre alors des caractères très particuliers.

« En tout cas, sous l'influence de la séborrhée, l'alopécie secondaire devient plus intense et moins diffuse. Au lieu de la disposition en clairières, elle tend à se disposer sinon en plaques peladiformes nettement circonscrites, au moins *en placards* où l'alopécie est plus prononcée. Et ces placards n'ont plus la localisation temporale de l'alopécie syphilitique ; ils se produisent sur le vertex et autour de lui. En même temps, on peut constater intense et se renouvelant indéfiniment l'exsudation grasse et épaisse, la « séborrhée » du cuir chevelu. Et l'examen microscopique des produits de raclages pratiqués sur le cuir chevelu y démontre l'existence du microbacille caractéristique de cette infection. On l'y rencontre pur et par masses innombrables. Qu'on ne se hâte donc pas, dans ce cas, d'annoncer au malade la prompte et complète restitution de sa chevelure. Il retrouvera les cheveux que l'infection syphilitique lui aura fait perdre, mais non pas ceux que l'infection séborrhéique aura tués. Ses tempes se regarniront, mais non son vertex. Il restera chauve.

« Dans les cas de cet ordre, un traitement vulgaire de l'alopécie syphilitique par les stimulants locaux est insuffisant; c'est le traitement local et spécial de la séborrhée qu'il convient de mettre en œuvre.

« Cette association de l'infection séborrhéique et de l'alopécie syphilitique est fréquente ; elle l'est assez pour que l'on soit en droit de se demander si le poison syphilitique ou, plus simplement, l'alopécie qui en est la conséquence n'active pas et ne favorise pas le développement de la séborrhée, ou, en autres termes, si certains chauves seraient devenus chauves sans l'intervention adjuvante de la syphilis. Cette question s'éclaire un peu quand on la rapproche de la suivante.

« II. — *Rapports de la syphilis et de la pelade.* — Mon éminent maître M. le Professeur Fournier attira le premier l'attention sur la *fréquence de la pelade chez les syphilitiques*. Et les faits de cet ordre se sont multipliés en quelques années d'observation. Nombre de malades présentent au cours de leur syphilis des plaques peladiques nombreuses, récidivantes, tenaces et fort graves. Ces plaques ne sont pas liées à l'évolution de l'alopécie syphilitique. Elles peuvent la précéder ou la suivre de très loin, et leurs repullulations peuvent s'observer à des dates lointaines, qui excluent tout à fait l'idée d'une alopécie syphilitique anormale.

« Une première question se posait d'abord, à savoir : si les plaques peladiques

Évolution, durée, terminaison. — L'alopécie secondaire se fait en général d'une façon lente et progressive. Quelquefois cependant elle a un début subit et presque intensif. Tout à coup les cheveux se mettent à tomber à profusion, comme les feuilles mortes par un grand vent d'automne. Cette dépilation extraordinaire persiste quelques jours, puis se modère au delà et continue sous la forme usuelle.

Ce qui importe davantage, c'est que cette alopécie spécifique n'est jamais que *temporaire*. Elle se produit pour un temps, pour quelques semaines, plus habituellement pour quelques mois, pour une année au plus (et cela bien rarement). Puis, elle s'amende, décroît et cesse. Même non traitée, elle s'arrête, comme en témoignent nombre de malades qui ne viennent à nous qu'à une époque avancée de la diathèse, sans s'être jamais soumis à aucune médication.

Et qu'advient-il au delà, alors que spontanément ou sous l'influence du traitement spécifique cette alopécie s'est enrayée? Au delà, toujours et invariablement il advient ceci, que *les cheveux tombés repoussent*, que les surfaces dénudées se regarnissent, et que finalement la chevelure revient à son état normal, à moins, bien entendu, que des lésions profondes et véritablement ulcéreuses n'aient entamé le cuir chevelu, ce qui ne s'observe qu'avec les syphilides malignes précoces. Mais, à cette dernière réserve près,

survenant ainsi chez un syphilitique sont bien de la pelade vraie. Je crois que cela ne saurait faire aucun doute. Ces plaques appartiennent bien à la pelade vraie et normale, car on rencontre fréquemment des malades dont la première atteinte de pelade a été antérieure de plusieurs années à l'accident initial de leur syphilis.

« X..., par exemple, a eu sa première atteinte de pelade à quinze ans, suivie même, à dix-sept ans, d'une petite récidive peladique parfaitement nette. Il contracte la syphilis à vingt-cinq ans. Or, depuis cette époque, les plaques peladiques se sont multipliées au point qu'il en a présenté une centaine dans les quinze années suivantes. — Tel fut le cas d'un malade que mon ami M. le Dr Morel-Lavallée voulut bien m'adresser à ce sujet.

« Sans être d'une démonstration aussi éclatante, beaucoup de faits analogues peuvent être relevés dans la pratique civile plutôt encore qu'à l'hôpital. Tous tendent à démontrer l'influence néfaste de la syphilis sur l'évolution d'une pelade survenue antérieurement à elle ou peu de temps après elle.

« Ces faits sont à rapprocher de ceux qui précèdent, où la syphilis semble appuyer et hâter les progrès de l'alopécie séborrhéique. Sans vouloir apporter dans cette question des faits litigieux et sans invoquer l'identité foncière de l'alopécie séborrhéique et de la pelade, niée encore par plusieurs, il faut admettre cependant comme démontrée l'identité complète de la flore microbienne à la surface des plaques peladiques et de la séborrhée grasse dépilante.

« Dans l'alopécie séborrhéique, comme dans la pelade, on trouve le même microbacille pur et innombrable dans tous les orifices pilaires. Ce que l'on connaît de la bactériologie de ces deux affections les présente comme identiques. Or, l'une et l'autre semblent recevoir de la syphilis une aide efficace. La syphilis, quand elle se conjugue à l'infection séborrhéique des chauves et des peladiques, en double la gravité.

« Ces faits sont peu connus. Ils méritent cependant de ne pas être oubliés pour la pratique, car ils causeraient des déconvenues après des erreurs thérapeutiques. En outre et même au point de vue théorique, ils sont importants, car ils éclairent un peu le chapitre immense des infections cutanées mixtes encore si obscur. »

toujours l'alopécie syphilitique se répare, et les malades même le plus rudement éprouvés récupèrent intégralement leur chevelure primitive.

Car, il faut bien le savoir, et c'est là un fait essentiel à enregistrer, *jamais la vérole n'a fait de chauves*. Jamais par son fait, par son fait exclusif, un malade n'est resté chauve. On peut bien, certes, de par la vérole devenir chauve temporairement (encore l'alopécie syphilitique dégénérant en véritable calvitie est-elle excessivement rare, comme je l'ai dit précédemment); mais on ne reste chauve de par la vérole que pour un temps, temps même assez court, passé lequel les cheveux repoussent et la tête se regarnit.

Cette repullulation des cheveux se produit dans toutes les formes de la maladie. Elle est, de plus, complète et intégrale, je le répète, quel qu'ait été le degré de la dépilation. J'ai vu et tout le monde a vu des chevelures qui avaient été absolument ravagées par la syphilis redevenir très fournies, très abondantes, redevenir en un mot ce qu'elles étaient auparavant. Ma cliente, qui n'avait plus conservé à un moment donné que dix-sept cheveux, présentait trois ou quatre ans plus tard une chevelure fort belle, « aussi belle que par le passé ».

Il y a plus, c'est que les cheveux n'attendent pas toujours pour repousser une accalmie complète et définitive de la maladie. Fort souvent l'alopécie s'arrête et se répare alors même que d'autres accidents entrent en évolution ou surgissent plus tard. Force est donc de la considérer, ainsi que tant d'autres manifestations de la même période morbide, comme un accident purement transitoire, destiné d'essence à disparaître après un certain temps, et cela sans que l'amendement propre qu'elle subit engage en rien l'avenir et préjuge quoi que ce soit de l'évolution ultérieure.

Au total, de tout cela résulte pour la pratique que cette alopécie, qui afflige tant les malades, les femmes spécialement, ne comporte rien de sérieux. C'est, à coup sûr, une manifestation désagréable, vexatoire, pouvant devenir « compromettante, affichante », mais qui se répare toujours et ne laisse pas de traces.

Diagnostic. — 1. — Des deux formes sous lesquelles se présente l'alopécie secondaire, il en est une qui n'a vraiment pas de signification propre, c'est la forme diffuse. Alors que la chevelure est simplement éclaircie, raréfiée, par le fait de la syphilis, il n'est vraiment pas plus de raisons pour mettre en cause la syphilis que pour l'exclure. Aussi bien, nombre de fois l'alopécie secondaire a-t-elle été confondue avec telle ou telle alopécie vulgaire (alopécie arthritique, alopécie de débilitation organique, alopécie gravidique, alopécie de convalescence, etc., etc.). De même, et plus fréquemment, telle ou telle de ces dernières alopécies peut être indûment rapportée à la syphilis. Ainsi,

j'ai été plus d'une fois consulté à propos d'alopécies d'origine absolument non spécifique, qui n'en avaient pas moins éveillé le soupçon d'une syphilis « latente ». Trois fois depuis deux ans j'ai vu des nourrices être suspectées de syphilis et refusées par des familles en raison d'une variété assez commune d'alopécie qui se produit après les couches et qu'on appelle l'alopécie post-puerpérale.

Dans les cas de cet ordre, la nature syphilitique de l'alopécie ne peut, en toute évidence, être attestée que d'une façon indirecte par les antécédents et les symptômes contemporains de syphilis.

II. — En revanche, bien autrement significative est la seconde forme, à savoir l'alopécie *en clairières*. Celle-ci est, je puis le dire sans exagération, formellement *dénonciatrice*. Bien accusée et coexistant avec l'alopécie diffuse, elle constitue un véritable certificat de syphilis. A première vue, un médecin quelque peu habitué doit la reconnaître et la rattacher à sa véritable cause. Impossible de s'y tromper, tellement est spécial cet aspect de petites mouchetures blanches et multiples qui émaillent le cuir chevelu.

A fortiori, des clairières étendues, confluentes, agminées en nappes à contours polycycliques, constituent-elles un témoignage authentique de spécificité.

Et, en effet, réserve faite pour la pelade, il n'est pas de maladie qui, sans raisons locales (c'est-à-dire sans ulcération préalable, sans rougeur, sans lésion cutanée) fasse tomber les cheveux par îlots de façon à constituer ce qu'on appelle des *aréas* ou des *clairières*.

Reste donc seulement la pelade à éliminer. Or, c'est là chose facile; car le diagnostic différentiel de l'alopécie syphilitique et de la pelade réside dans tout un ensemble de considérations des plus significatives, que résumera le tableau suivant :

Diagnostic différentiel de l'alopécie syphilitique et de la pelade.

Dans la SYPHILIS :	Dans la PELADE :
I. — Clairières toujours multiples, très multiples, criblant le cuir chevelu.	I. — Clairières très peu nombreuses; — fort souvent, une seule; — assez souvent, deux, trois, quatre; — rarement davantage.
II. — Clairières généralement petites, en mouchetures (sauf dans la forme pseudo-peladique).	II. — Clairières seulement petites à l'origine, plus tard larges, très larges parfois, jusqu'à s'étaler sur toute une région du cuir chevelu.
III. — Clairières de configuration quelquefois arrondie, mais plus souvent irrégulière; — capricieuses, sinueuses de contour.	III. — Clairières généralement orbiculaires.
IV. — Clairières incomplètement glabres, où survivent le plus souvent quelques cheveux.	IV. — Clairières absolument et radicalement **glabres**, sans survivance d'un seul cheveu.

Dans la SYPHILIS (*Suite*) :	Dans la PELADE (*Suite*) :
V. — Clairières sans modifications d'aspect du cuir chevelu.	V. — Clairières à téguments absolument lisses, unis, brillants, soyeux au toucher, blancs, comme décolorés. — En un mot, clairières en **bille de billard** (aspect presque pathognomonique).
VI. — Clairières coexistant toujours avec une **alopécie diffuse périphérique.**	VI. — Clairières encadrées par une **chevelure intacte, normale.** (Contraste pathognomonique entre une ou plusieurs surfaces à dépilation absolue et une chevelure périphérique absolument indemne.)
VII. — Antécédents et symptômes concomitants de syphilis.	VII. — Pas d'antécédents et pas de symptômes concomitants de syphilis (réserve faite pour la possibilité de coïncidences, lesquelles ne sont pas absolument rares, la syphilis semblant constituer une prédisposition à la pelade).

III. — Enfin, à un tout autre point de vue, j'ajouterai que, si le diagnostic de l'alopécie est le plus souvent éclairé par les symptômes spécifiques contemporains, réciproquement l'alopécie a contribué plus d'une fois au diagnostic de certains accidents spécifiques en lui apportant un contingent plus ou moins significatif. Il n'est même pas très rare, chez la femme spécialement, qu'elle révèle des syphilis jusqu'alors ignorées ou méconnues. Pour ma part, il m'est arrivé plusieurs fois de dépister, grâce à l'alopécie, des syphilis dont tous les autres symptômes étaient restés inaperçus ou avaient été indûment rapportés à des causes étrangères.

Aussi bien, en raison et de sa fréquence excessive et de ses caractères parfois si formellement accusateurs, l'alopécie constitue-t-elle un des meilleurs signes dont le médecin ait à faire profit pour le diagnostic soit actuel, soit rétrospectif, de la syphilis.

Traitement. — Le traitement de cet accident doit être des plus simples.

Tout d'abord, il n'est que fort peu de confiance à accorder aux remèdes locaux. Les malades (les femmes tout spécialement) ne manquent guère en pareille occurrence d'avoir recours, sur le conseil de leurs coiffeurs, à toute espèce de pommades, de cosmétiques, de lotions, d'eaux « régénératrices de la chevelure », etc.., tous remèdes naturellement « infaillibles », mais qui, par extraordinaire, manquent ici leur effet. Ils ne retirent pas, au reste, il faut en convenir, meilleur profit des prescriptions médicales, de la trop fameuse pommade de Dupuytren, par exemple, non plus que d'autres pommades au soufre, au turbith, au sulfate de quinine, non plus que des lotions au quinquina ou à la teinture de cantharides, non plus que de cent autres formules analogues d'une égale inefficacité.

Est-il plus de succès à attendre de certaines pratiques d'un usage commun, voire recommandées par quelques médecins, telles que la coupe fréquente des cheveux, la coiffure à cheveux ras et même la rasure ? Je ne le crois guère. Bien souvent il m'est arrivé de conseiller à mes malades (hommes) de tenir leurs cheveux courts pendant les premiers mois de la période secondaire ; bien souvent aussi j'ai vu des malades, de leur propre inspiration et parfois même malgré moi, se faire complètement raser; et jamais il ne m'a semblé que les uns ou les autres aient retiré de là quelque avantage. S'il en est ainsi, nous serions mal venus, je pense, à réclamer de nos clients et, bien plus spécialement encore, de nos clientes le sacrifice de leur chevelure en vue de compensations plus que douteuses, pour ne pas dire illusoires. Aussi ai-je renoncé depuis longtemps à toute pratique de ce genre. Je me borne à prescrire à mes malades de simples soins d'hygiène; je leur recommande de ne faire usage ni du peigne fin ni des brosses dures ; je leur interdis (ceci concerne les femmes) toute coiffure pouvant exercer quelques tiraillements sur les cheveux ; au besoin pour les satisfaire, je leur concède quelque pommade anodine et quelques lotions à effet *moral* ; et surtout — car c'est là le point, le seul point essentiel — je les soumets au traitement général antidiathésique. J'obtiens toujours de la sorte l'atténuation, puis l'arrêt de l'alopécie, avec un peu de temps et avec l'assistance efficace du mercure.

II. — **Alopécie de la barbe.** — L'alopécie secondaire ne se limite pas toujours au cuir chevelu. Fort souvent elle s'étend à d'autres départements du système pileux.

La barbe peut être affectée à la façon de la chevelure, mais elle ne l'est jamais qu'à un degré bien moindre. Elle s'en tient toujours aux deux premiers degrés que j'ai signalés à propos de l'alopécie crânienne, et jamais on ne voit du fait de la syphilis des visages presque glabres, comme on ne voit que trop souvent des crânes à demi dénudés.

C'est la *moustache* qui est le plus souvent atteinte ; viennent au second rang les favoris.

Dans la barbe, comme à la tête, l'alopécie se produit capricieusement, sans localisation systématique. — Le plus souvent elle y affecte la forme *diffuse*, disséminée, en éclaircissant les poils d'une façon générale. — Quelquefois aussi elle s'y traduit par de petits îlots, par de petites *clairières*, notamment sous le nez et vers la pointe de la moustache.

Inapparente ou peu appréciable dans ses formes légères, elle ne laisse pas, quand elle devient plus fortement accentuée, de constituer un aspect accusateur, auquel les malades se soustraient en se faisant raser.

III. — **Alopécie sourcilière.** — Assez commune ; — et notablement plus commune, je crois, chez la femme que chez l'homme.

Elle se présente sous les deux formes de l'alopécie crânienne, à savoir :

1° *Forme diffuse.* — Constituée par la raréfaction, l'éclaircissement du sourcil dans tout ou partie de son étendue.

Lorsqu'elle est fortement accentuée, les poils du sourcil deviennent divergents, déviés, incorrects comme direction. Je m'explique. A l'état normal, le sourcil est composé par un certain nombre de poils qui, tous, sont dirigés dans le même sens, à la façon d'herbes couchées par un courant d'eau. Vient-il au contraire à se raréfier d'une façon intense, les quelques poils qui survivent n'affectent plus d'attitude commune et réglée. Ils s'érigent, se redressent, s'inclinent en des sens divers ou même opposés ; de sorte que l'ensemble de la ligne pileuse sourcilière présente un aspect incorrect ; le sourcil semble alors comme hérissé, comme *broussailleux*, aspect qu'on peut bien ne pas remarquer au premier abord, mais qui devient frappant (non moins que suspect) à un examen plus attentif.

2° *Forme en clairières.* — Dans cette forme le sourcil se dégarnit irrégulièrement par places, par petits îlots, qui, complètement dénudés, *rompent la continuité de l'arcade sourcilière.* — Quelquefois même une partie du sourcil, par exemple son tiers ou sa moitié externe, peut être presque absolument dépilée.

Cet aspect de sourcil « brisé » ou déficient par îlots ne laisse pas d'imprimer à la physionomie une disgrâce plus ou moins étrange.

Sous l'une ou l'autre de ces formes, l'alopécie sourcilière a ses degrés. Elle peut être légère, moyenne ou intense. Je ne l'ai rencontrée complète ou, disons mieux, presque complète que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Par elle-même, cette variété d'alopécie n'offre qu'un médiocre intérêt, d'autant qu'elle est réparable à l'instar de toutes les autres alopécies secondaires. Mais, au point de vue diagnostique, elle constitue un signe important et presque révélateur de syphilis, voire révélateur de par lui seul et en dehors de tout autre symptôme. J'ai souvent raconté à mes élèves qu'il m'était arrivé plus d'une fois de faire, *grâce à lui seul*, le diagnostic de syphilis sur des sujets que je ne connaissais pas, par exemple sur un vis-à-vis d'omnibus ou de voiture publique. Aussi bien ce signe s'est-il vulgarisé depuis lors sous le nom de « *signe d'omnibus* à l'usage du diagnostic de la syphilis », dénomination tant soit peu « fin de siècle » et dont je ne suis pas coupable, mais n'importe. L'essentiel est de connaître et d'utiliser ce signe, quelque nom qu'on lui donne. Or, je le répète, c'est un bon signe, et cela pour deux raisons :

1° Parce que, sur un sujet jeune, le sourcil doit être normalement

fourni. S'il n'est pas tel, c'est qu'une cause morbide est intervenue pour le dégarnir.

2° Parce que les causes morbides susceptibles de dégarnir le sourcil et de lui imprimer telle ou telle des incorrections particulières que je viens de décrire ne sont pas très nombreuses. Il n'en est guère que trois, à savoir : la syphilis ; — une affection dite (improprement ou non, peu importe) ichthyose ou xérodermie ou kératose pilaire du sourcil ; — et la pelade. Or, ces deux dernières seront toujours faciles à distinguer de la syphilis, à savoir : la kératose, en ce qu'elle est congénitale, et, de plus, en ce qu'elle s'accompagne toujours d'une traînée rougeâtre ou rosée qui suit l'arc du sourcil, avec état chagriné et légère pulvérulence du derme ; — la pelade en ce qu'elle produit toujours ce que ne réalise jamais la syphilis, c'est-à-dire une dénudation intégrale, absolue, des parties qu'elle affecte, avec immunité non moins absolue des parties voisines. La syphilis, au contraire, même dans sa forme peladoïde, laisse toujours survivre quelques poils. De plus, s'il n'est pas impossible que la pelade se circonscrive au sourcil, cela n'est qu'une exception rare, et, très généralement, elle ne l'affecte qu'en coïncidence avec d'autres localisations sur la barbe ou le cuir chevelu.

De sorte qu'en définitive l'alopécie sourcilière, exclusion faite de ces deux dernières maladies, reste un signe presque sûrement démonstratif de syphilis.

IV. — **Alopécie ciliaire.** — Bien moins fréquente, et même assez rare. — Généralement partielle et discrète, quelquefois cependant générale. — Dans un cas récemment publié par Iverzenc, une jeune femme de 22 ans, en état de syphilis secondaire, perdit presque absolument tous les cils palpébraux, au point de n'en plus conserver que 3 ou 4 à l'œil droit et 2 à l'œil gauche.

V. — **Alopécie génitale.** — Peu commune. — Ne s'observe que coïncidemment avec des alopécies d'autres sièges, c'est-à-dire dans les débâcles générales du système pileux.

Très certainement plus fréquente chez la femme que chez l'homme. — C'est au mont de Vénus qu'on l'observe le plus souvent ; elle est plus rare au niveau des grandes lèvres.

Cette variété d'alopécie n'est pas une des moindres vexations de la vérole pour les femmes, à en juger du moins par l'attention qu'elles apportent à ce petit accident et par le souci qu'il leur cause.

Si la lésion est peu intense, elle peut passer inaperçue ; car il existe une grande inégalité d'une femme à une autre au point de vue du développement pileux des régions génitales. Mais devient-elle plus accusée, elle se trahit tout aussitôt par une dénudation partielle du mont de Vénus et de la face cutanée des grandes lèvres. J'ai vu plu-

sieurs fois cette alopécie dégarnir presque absolument la vulve et le mont de Vénus, qui se présente alors, comme sur une statue, sous forme d'un relief glabre et blanchâtre.

VI. — Enfin, en certains cas, les poils des **aisselles** et même les poils du **corps** (thorax et membres) peuvent être affectés. Je ne fais que signaler pour mémoire ces localisations exceptionnelles auxquelles ne se rattache aucun intérêt.

Les alopécies de divers sièges que je viens de signaler ne se différencient de l'alopécie crânienne par aucun caractère particulier. Comme cette dernière, elles appartiennent toutes à la période *secondaire* de la syphilis ; — comme elle aussi, elles se produisent tantôt à la suite de lésions locales (c'est l'exception, et l'exception rare), et tantôt (c'est le cas usuel) indépendamment de tous phénomènes locaux appréciables qui rendent compte de la dépilation ; — comme elle, enfin, elles ne sont que transitoires, et se réparent sous la double influence du temps et de la médication mercurielle.

SYPHILIDES MUQUEUSES.

Les syphilides muqueuses constituent le groupe d'accidents le plus important de toute la syphilis secondaire, et cela à quatre titres:

1° En raison de leur **fréquence**, qui est excessive; — excessive à ce point qu'il est bien peu de malades qui échappent à cet ordre de manifestations ;

2° En raison de leur **récidivité**, qui est extrême, presque extraordinaire chez certains malades;

3° En raison de leur **multiplicité de sièges**. On sait, en effet, qu'elles peuvent affecter toutes les muqueuses, voire certains départements de la peau.

4° Enfin et surtout, en raison de leur **contagiosité**. Car elles constituent très sûrement la source la plus féconde de la syphilis. C'est d'elles, au-dessus de toute contradiction possible, que dérivent la plupart des contaminations syphilitiques.

Dénominations. — Réforme nécessaire de nomenclature. — Ces lésions ont été décrites de vieille date sous des noms très divers : pustules, pustules plates, pustules humides, tubercules plats, tubercules muqueux, ulcérations syphilitiques des muqueuses, condylomes,

tumeurs condylomateuses, rhagades, etc., etc. — Dans une période plus récente, on les a appelées *plaques muqueuses*, et c'est ce dernier terme qui a prévalu, prévalu à ce point qu'aujourd'hui il a passé dans la langue courante et qu'il est appliqué vulgairement, presque à l'exclusion de tout autre, à la désignation de cet ordre d'accidents.

Eh bien, néanmoins, c'est contre ce terme que je n'hésiterai pas à protester. Je le répudie absolument, je m'insurge contre lui. Bien qu'agréé par la plupart des pathologistes, il ne m'en paraît pas moins vicieux, défectueux, mauvais au superlatif; car il confond sous une rubrique commune des choses essentiellement disparates et distinctes. Quoique je sois de ceux qui attachent peu d'importance aux mots et qui ne querellent pas sur une désignation pathologique, pourvu qu'on y rattache un sens précis, je ne saurais cependant faire grâce à ce vocable vague et confusionniste de « plaque muqueuse ». De cela voici la raison :

Travers singulier des observateurs : alors qu'une syphilide siège à la peau, on s'attache à en surprendre les moindres caractères, les détails objectifs les plus minutieux, en vue de la catégoriser dans tel type, tel genre, tel sous-genre, telle variété, etc., et l'on s'ingénie à chercher pour elle une appellation spéciale, en harmonie avec les nuances minuscules qui peuvent la différencier d'espèces toutes voisines. Puis, s'agit-il d'une lésion des muqueuses, on ne s'occupe plus de l'étudier, de la caractériser, de la distinguer d'une lésion différente du même système, et moins encore de lui assigner une dénomination particulière; on l'appelle *plaque muqueuse*, quelle qu'elle soit, et tout est dit. Plaque muqueuse cette lésion ; plaque muqueuse cette autre, qui diffère de la précédente à tous égards, moins le siège; plaque muqueuse encore cette troisième, également distincte des deux premières par des caractères plus ou moins importants. Bref, tout ce qui se produit sur le tégument muqueux est dit plaque muqueuse; et les mêmes observateurs, qui s'arment d'une loupe pour différencier à la peau des nuances insaisissables à l'œil nu, consentent à réunir en un même type et sous un même nom des lésions grossièrement dissemblables, alors que ces lésions siègent sur le tégument muqueux. A ce point — rapprochement très exact — que nos descriptions actuelles des syphilides muqueuses semblent faites sur le patron de celles que nous ont léguées, relativement aux syphilides de la peau, les médecins du xve siècle. Ces vieux auteurs n'avaient qu'une dénomination pour toutes les éruptions cutanées du Mal français ; ils les appelaient toutes indistinctement pustules, *pustulæ*. Faisons-nous autre chose, nous, aujourd'hui, alors que nous confondons toutes les éruptions du tégument muqueux sous la désignation *unique* de plaque muqueuse?

De telle sorte que, si l'on voulait définir ce qu'on entend aujourd'hui par plaque muqueuse, on arriverait à cette caractéristique

burlesque de la lésion : La plaque muqueuse est une *érosion*, à moins que ce ne soit une papule; — c'est une *papule*, à moins que ce ne soit une ulcération; — et c'est une *ulcération*, à moins que ce ne soit une *tumeur*; — car ce que l'on comprend sous ce terme collectif de plaque muqueuse est à la fois érosion, papule, ulcération et tumeur.

Cette critique, qui reproduit exactement l'état actuel de la nomenclature en faveur, légitimera, je l'espère, la nécessité de renoncer à ce vieux mot de plaque muqueuse, de démembrer cette unité factice, et de différencier par des dénominations spéciales les types essentiellement divers que présentent les syphilides du tégument muqueux. Il est urgent, il est indispensable de faire pour ces lésions ce qui a été fait pour les syphilides de la peau, c'est-à-dire d'y introduire une classification et une nomenclature basées sur des caractères cliniques importants, irrécusables, évidents.

Or, la réforme est des plus simples, et les vocables nouveaux se trouvent tout désignés par l'essence même des choses. En effet :

D'une part, la plaque muqueuse est une syphilide; pourquoi donc ne pas l'appeler *syphilide*, comme pendant aux éruptions cutanées que tout le monde qualifie de la sorte?

D'autre part, la plaque muqueuse se présente sous quatre types cliniques qui se différencient le plus naturellement du monde par le seul aspect de leurs lésions. Pourquoi ne pas désigner chacun de ces types par le nom même de la lésion qui le constitue?

Cela est logique et simple; cela, de plus, répond à un intérêt scientifique et pratique; car, au nom du bon sens, il y a toujours avantage à ne pas laisser confondues sous un même terme des lésions différentes.

Aussi bien, de vieille date déjà, ai-je proposé de rompre avec la tradition routinière qui s'obstine à qualifier du seul nom de plaque muqueuse tout ce qui se produit sur le tégument muqueux, et de diviser les syphilides muqueuses en quatre types sous les dénominations suivantes :

1° SYPHILIDES ÉROSIVES;

2° SYPHILIDES PAPULO-ÉROSIVES;

3° SYPHILIDES PAPULO-HYPERTROPHIQUES;

4 SYPHILIDES ULCÉREUSES.

Ces dénominations ont l'avantage de se définir d'elles-mêmes, d'énoncer aussi bien que de dépeindre à la fois les lésions qu'elles représentent. Ainsi :

1° Les syphilides *érosives* sont celles qui consistent simplement en des érosions superficielles du derme muqueux.

2° Les syphilides *papulo-érosives* (dites encore papules humides ou

papules muqueuses) sont constituées par des papules à surface érosive et sécrétante.

3° Les syphilides *papulo-hypertrophiques* ne sont qu'une forme dérivée de la précédente, mais une forme qui s'élève au rang d'une espèce par l'importance qu'elle acquiert comme lésion. Elles consistent en des papules devenues relativement géantes de par l'exubérance même de leur développement et constituant des masses végétantes considérables, de véritables *tumeurs* muqueuses.

4° Les syphilides *ulcéreuses*, enfin, sont celles qui, ne se bornant pas à effleurer le derme muqueux, l'entament, le creusent à une certaine profondeur.

Échéance d'invasion. — Les syphilides muqueuses sont des lésions essentiellement *secondaires*; — secondaires chronologiquement, par l'époque où elles se manifestent; — secondaires aussi cliniquement, par leurs caractères de lésions bénignes et superficielles.

Au cours des deux ou trois premières années de l'infection, elles constituent l'ordre d'accidents d'observation la plus commune. Chez les malades non traités, on les voit se produire et se reproduire avec insistance; et il est même bien difficile d'en garantir absolument les malades les mieux traités.

Quelquefois elles se manifestent d'une façon ultra-précoce, et cela jusqu'à précéder la roséole. C'est ainsi que, sur certains malades, on voit de petites érosions de la muqueuse génitale inaugurer, à côté du chancre, le début même de la période secondaire.

D'autres fois (ce qui a fait dire qu'elles peuvent être à la fois les plus précoces et les plus tardifs des accidents secondaires), elles se rencontrent *au delà* de la période secondaire, et cela surtout, comme j'aurai à le faire remarquer plus tard, chez les malades traités, mais insuffisamment traités. Elles semblent constituer alors les derniers phénomènes d'une infection atténuée, mais non encore éteinte par le mercure.

Il est même des cas où, bien au delà de la période secondaire, c'est-à-dire après 5, 6, 8 ans et plus, elles se reproduisent sous forme d'érosions du tégument muqueux, érosions pouvant encore transmettre la contagion et même d'autant plus dangereuses à ce terme qu'on s'en méfie moins ou qu'on ne s'en méfie plus. Pour être exceptionnels, de tels cas n'en sont pas moins authentiques, et j'aurai devoir d'en parler longuement en temps et lieu.

Bref, les syphilides muqueuses composent un des chapitres les plus chargés de la syphilis secondaire tardive.

Siège. — Où se produisent les syphilides muqueuses ?

I. — Sur les muqueuses, d'abord, cela va sans dire.

Or, toutes les muqueuses ne sont pas également affectées par ces

lésions. Deux en sont le siège non pas exclusif, mais du moins le plus habituel et de beaucoup le plus habituel, à savoir :

1° La muqueuse *génitale* ;

2° La muqueuse *buccale*.

Ces deux muqueuses constituent, pour les lésions qui nous occupent actuellement, de véritables *foyers de prédilection*.

Les mêmes accidents se rencontrent encore, mais moins communément, sur d'autres muqueuses, sur celles de l'anus, du pharynx, du larynx, des fosses nasales, des paupières, etc.

Peut-être bien se développent-ils aussi parfois sur les muqueuses internes, soustraites à notre examen, sur celles de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou de l'intestin, par exemple. Mais jamais, que je sache, on ne les y a constatés d'une façon péremptoire, anatomique, indiscutable.

II. — En second lieu, les syphilides muqueuses s'observent sur certaines régions du *tégument cutané* qui se rapprochent des muqueuses par des conditions anatomiques spéciales, telles que finesse et humectation habituelle de la peau, plicatures ou froncement de la peau, adossement de surfaces en contact permanent, etc. C'est pour telle ou telle de ces raisons qu'il n'est pas rare de rencontrer ces lésions au voisinage de la vulve (face externe des grandes lèvres, périnée, plis génito-cruraux), à la marge de l'anus, sur la face interne et supérieure des cuisses, dans le pli interfessier, à l'ombilic, à la face inférieure du sein (spécialement chez les femmes qui ont les mamelles volumineuses et pendantes), à l'aisselle, dans le sillon auriculo-temporal, dans tous les plis de la peau qui résultent de l'obésité, sur les faces latérales ou la face inférieure des orteils, etc.

Cette dernière variété de lésions (syphilides muqueuses de la peau, *plaques muqueuses de la peau*) est sans contredit beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme au niveau des régions génitales et péri-génitales.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES MUQUEUSES.

Bien que variées de formes et d'aspect, les syphilides muqueuses présentent un certain nombre de *caractères généraux et communs*, qu'il y aura avantage à spécifier d'une façon préalable avant d'aborder la description particulière de chaque espèce.

I. — D'abord, **ce sont toutes des lésions à développement spontané**, lésions se produisant, comme les syphilides, comme tous les accidents dits consécutifs, sous la seule influence de la disposition acquise, de l'impulsion diathésique, bref de l'infection.

Que des causes étrangères, notamment que des excitations surajoutées (comme l'influence du tabac sur la bouche, par exemple), puissent manifestement les provoquer ou bien en déterminer le retour,

nul doute à cet égard. Mais ces causes n'agissent qu'à titre secondaire, adjuvant. Elles ne sont en rien nécessaires à l'explosion morbide. La preuve en est que souvent, le plus souvent, les syphilides muqueuses se produisent d'une façon toute spontanée, exclusivement spontanée, sans être sollicitées par le moindre appel local.

II. — **Ce sont toutes des lésions sécrétantes.** — De là le synonyme de syphilides *humides* qui leur a été quelquefois appliqué.

A quelque variété qu'elles appartiennent, toutes ces syphilides sécrètent plus ou moins; peu, quand elles sont simplement érosives; davantage, quand elles sont ulcéreuses. Cela est bien naturel, puisque toutes ces lésions s'accompagnent de dénudation du derme.

A ce caractère se rattache un intérêt considérable, au point de vue du danger de contagion que comportent ces accidents.

III. — **L'humeur morbide sécrétée par toutes ces syphilides est absolument non inoculable aux sujets qui les portent** (*non auto-inoculable*, comme on dit en langage technique).

C'est-à-dire que : si l'on recueille sur une lancette une gouttelette du liquide issu de ces syphilides muqueuses et si on l'inocule au malade même auquel on l'a empruntée, on ne détermine de ce fait aucune lésion sur ledit malade (bien entendu, aucune lésion d'ordre spécifique, telle que chancre ou syphilide). Toujours, en pareil cas, l'inoculation reste *stérile*, suivant encore une expression consacrée.

L'expérience en question a été faite des milliers de fois. Je l'ai répétée pour ma part presque à satiété, et je la laisse répéter journellement à mes élèves parce qu'elle est aussi inoffensive que possible. Invariablement, les résultats en restent *négatifs*.

Il se peut bien que parfois l'inoculation détermine *in situ* un processus morbide qui se traduit par la production d'un petit bouton suppuratif ou d'une petite pustule (dite *fausse pustule d'inoculation*). Mais ce n'est là qu'un résultat banal, commun aux inoculations de tout ordre, et dérivant sans doute du transport par la lancette de quelque microbe pathogène accidentellement déposé sur la plaie.

IV. — **Les syphilides muqueuses sont toutes des lésions de caractère contagieux.** — C'est là un grand fait, un fait capital à tous égards, au point de vue clinique d'abord, mais bien plus encore au point de vue pratique et prophylactique. J'ai déjà eu l'occasion de le signaler incidemment dans un chapitre antérieur, mais je ne crains pas d'y revenir.

On sait qu'il fut une époque où, sur la foi d'hommes considérables dans la science, on avait récusé le pouvoir contagieux des lésions secondaires, des syphilides muqueuses en particulier. « Le chancre seul, disait-on, est contagieux; lui seul peut transmettre la vérole. » C'était là une erreur, une erreur des plus graves. Pendant de longues années la question a été agitée et résolue contradictoirement; elle est aujourd'hui définitivement jugée, car l'expérimentation s'est pro-

noncée sur elle de façon à convaincre les plus incrédules. Et, en vérité, soit dit incidemment, il n'était guère besoin d'expérimentations pour démontrer ce que la clinique depuis longtemps ne laissait pas douteux.

Oui, sans la moindre réserve, sans la moindre restriction, oui, les syphilides muqueuses et, d'une façon plus générale encore, les accidents secondaires de forme suppurative possèdent la faculté contagieuse. Je vais même plus loin pour ma part, et je n'hésite pas à dire :

C'est à cet ordre d'accidents (les syphilides muqueuses) que s'alimente surtout la vérole ; *ce sont les syphilides muqueuses qui, plus que tout autre symptôme syphilitique, fomentent, disséminent et perpétuent la vérole dans notre société.*

Telle est du moins la conviction à laquelle m'ont conduit les recherches que je poursuis de vieille date sur les sources de la contagion syphilitique.

Par exemple, quelles sont les origines de ces contagions si fréquemment transmises de nourrissons à nourrices ? — Des accidents secondaires *des muqueuses*, toujours et invariablement.

Quelles sont les origines de ces contagions (bien plus nombreuses, hélas ! qu'on ne saurait le supposer *à priori*) qui se transmettent, dans le mariage, de l'époux à l'épouse ? — Presque toujours des syphilides *des muqueuses*. J'aurais sur ce point spécial, que j'ai longtemps étudié, des centaines d'observations à produire, témoignant toutes dans le même sens (1).

Quelles sont, dans la classe aristocratique ou bourgeoise de notre société parisienne, les origines les plus communes de ces syphilis contractées dans une liaison avec une maîtresse, une fille à la mode, une célébrité du demi-monde ? Presque toujours encore des accidents secondaires *des muqueuses*.

Quelles sont enfin les origines de ces contagions si nombreuses que versent à flot dans les basses classes et même dans *toutes* les classes les maisons de tolérance (soi-disant surveillées) et, bien plus encore, la prostitution libre, clandestine, échappant à toute surveillance ? De même et toujours les syphilides *des muqueuses*, du moins pour la grande majorité des cas.

Et comment, d'ailleurs, pourrait-il en être autrement ? Si les syphilides des muqueuses fournissent à la contagion un contingent bien supérieur à celui du chancre, c'est qu'il faut que cela soit ainsi par la force même des choses. Voyez plutôt.

D'une part, les syphilides muqueuses sont infiniment et incomparablement plus fréquentes que le chancre. Le chancre ne se produit qu'une fois sur un malade syphilitique, et cela pour une durée de quelques semaines ; les syphilides muqueuses figurent cinq, dix,

(1) Voy. A. Fournier, *Syphilis et mariage*, 2e édit., Paris, 1880.

quinze, vingt fois dans le cours d'une vérole, et se répètent souvent à satiété dans les trois ou quatre premières années de l'infection, voire parfois bien au delà. — Ces syphilides, d'autre part, affectent des sièges multiples. — Ce sont, de plus, des lésions souvent ignorées, à force d'être bénignes. — Quelquefois, enfin, ce sont des accidents assez tardifs, qui se produisent à une époque où les malades, *croyant en être quittes avec la vérole*, ne se tiennent plus en garde contre le risque de la communiquer. Toutes ces conditions, comme d'autres encore que je passe sous silence, ne peuvent manquer de rendre les syphilides muqueuses essentiellement fécondes en contagions ; et l'on voit que, sur ce point, les inductions rationnelles et les résultats de la pratique s'offrent une confirmation réciproque.

V. — **Les syphilides muqueuses sont des lésions douées d'une faculté surprenante de récidive, d'une puissance extraordinaire de repullulation.**

La fréquence des récidives est un trait presque caractéristique des syphilides muqueuses. Il n'existe certainement pas, dans toute la syphilis, un accident qui puisse leur être comparé à ce point de vue et qui présente une égale tendance à se répéter, à se reproduire. C'est là une particularité curieuse, sur laquelle j'aurai bien des fois l'occasion de revenir dans l'exposé qui va suivre.

VI. — **Les syphilides muqueuses**, enfin, **sont presque toutes des lésions remarquables par leur facile curabilité**, laquelle ne laisse pas de contraster parfois avec une apparence plus ou moins grave.

Si ces lésions se présentaient toujours sous une forme bénigne, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'elles eussent invariablement une évolution rapide et une terminaison favorable. Mais telle n'est pas leur allure dans tous les cas. Ce qu'il y a de curieux, c'est que souvent elles ont une apparence vraiment sérieuse, presque menaçante, et qu'elles n'en cèdent pas moins en quelques jours au traitement le plus simple, du moins pour l'énorme majorité des cas. — Elles diffèrent en cela notamment des syphilides cutanées correspondantes, bien autrement rebelles en général, plus tenaces, moins aisément résolutives.

Cela dit sur les caractères généraux de ces lésions, venons à leurs descriptions spéciales.

DESCRIPTIONS SPÉCIALES. — Susceptibles des sièges les plus divers, les syphilides muqueuses empruntent naturellement des différences de formes, de physionomie et de symptômes à la spécialité de leurs localisations. Je serai donc forcé de décrire séparément non pas toutes leurs localisations possibles, mais au moins les plus importantes.

Leurs deux groupes de beaucoup les plus communs sont consti-

tués par les syphilides génitales et les syphilides buccales. C'est par eux que je débuterai dans cette étude.

SYPHILIDES MUQUEUSES GÉNITALES.

Très communes dans les deux sexes ; — mais incomparablement plus communes chez la femme que chez l'homme. Il est nombre d'hommes qui, grâce au traitement général et à des soins d'hygiène locale, échappent à ce genre d'accidents ; tandis qu'il est bien peu de femmes chez qui, en dépit même du traitement, elles fassent défaut. Il est même quantité de femmes (de l'ordre, à la vérité, de celles qui négligent les soins généraux et locaux) qui en sont affectées à plusieurs reprises au cours de la période secondaire. J'ai vu à Lourcine et à Saint-Louis des filles de basse classe être ramenées 3, 4, 5, 6, 8 et 10 fois à l'hôpital pour des manifestations de cet ordre.

Rien d'étonnant d'ailleurs à cette supériorité de fréquence des syphilides génitales dans le sexe féminin par rapport au nôtre. Quatre conditions, pour le moins, suffisent à l'expliquer, à savoir : Étendue bien plus considérable de la surface génitale ; — adossement des régions et des plis vulvaires ; — humectation habituelle, permanente ; — irritation possible par des flux divers (règles, leucorrhée, catarrhe vagino-utérin).

Aussi est-ce chez la femme que ces syphilides acquièrent leur plus haut degré de développement, ainsi que leurs formes les plus accentuées. Je prendrai donc pour prototype de description les syphilides féminines, et les détails que je donnerai à leur sujet me permettront d'être relativement plus bref sur les syphilides homologues d'autres sièges.

SYPHILIDES MUQUEUSES CHEZ LA FEMME.

Les syphilides muqueuses *génitales* de la femme comprennent :

1° Les syphilides *vulvaires* (auxquelles nous pouvons adjoindre comme annexes dans une description commune les syphilides périvulvaires) ;

2° Les syphilides *vaginales* ;

3° Les syphilides du *col utérin*.

Chacun de ce groupe demande à être envisagé individuellement.

I. — SYPHILIDES VULVAIRES. — Au point de vue clinique, la vulve se divise en deux départements, si je puis ainsi parler : département *cutané*, représenté par la face externe des grandes lèvres ; — département *muqueux*, constitué par la face interne de ces mêmes grandes lèvres, par les nymphes, le clitoris, et l'infundibulum vulvo-vaginal.

Or, bien qu'identiques de nature et même de forme, les lésions

que la syphilis secondaire détermine sur ces deux départements sont assez souvent différentes d'aspect et de physionomie. Celles qu'on observe sur le département muqueux sont toujours de l'ordre des accidents propres aux muqueuses. Celles, au contraire, qui se produisent sur les parties cutanées sont tantôt des syphilides cutanées (exemples : syphilides papuleuses sèches, papulo-squameuses, papulo-croûteuses, etc.), et tantôt de véritables syphilides muqueuses, absolument identiques à celles qu'on rencontre sur la face interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, etc.

Quelques mots, tout d'abord, sur les *syphilides cutanées vulvaires*, pour n'avoir plus à en tenir compte dans l'exposé qui va suivre.

Syphilides cutanées vulvaires. — I. — La forme incontestablement la plus commune qu'affectent les syphilides cutanées vulvaires appartient au type *papuleux*.

Ces syphilides papuleuses de la vulve se présentent sous les deux variétés suivantes :

1° Variété **lenticulaire**, à papules isolées et distinctes, arrondies, discoïdes, sèches et légèrement squameuses, variables comme étendue entre le diamètre d'une petite lentille et celui d'une pièce de 20 ou de 50 centimes. — Ces papules se rencontrent presque toujours en nombre assez considérable sur la face externe des grandes lèvres et sur les régions avoisinantes. Quand elles sont confluentes, il arrive parfois qu'elles se fusionnent et forment des plaques papuleuses d'une certaine étendue (papules dites *agminées*).

2° Variété dite **Syphilide papuleuse en nappe**. — Celle-ci, déjà connue par la description générale que j'en ai tracée précédemment, est assez commune à la vulve. Elle est constituée par des nappes papuleuses uniformes, lisses, légèrement saillantes, rosées ou rougeâtres, sèches et recouvertes d'une desquamation légère. Ces nappes, qui ne résultent pas de la fusion de plusieurs papules voisines, mais qui sont formées originairement par un néoplasme papuleux étalé sur une large surface, ont une étendue variable. Elles occupent soit une portion, soit la totalité d'une grande lèvre, soit les deux grandes lèvres à la fois ; souvent même elles débordent sur les régions voisines, sur les plis génito-cruraux, sur le périnée, sur les cuisses, sur le mont de Vénus. — Ce qui est assez remarquable, c'est que non seulement elles déterminent une tuméfaction notable des parties qu'elles occupent, mais que, de plus, elles leur communiquent souvent une rénitence, une induration toute spéciale. Une grande lèvre affectée de la sorte n'est pas seulement augmentée de volume ; elle est tout à la fois hypertrophiée et indurée. Elle offre aux doigts une dureté sèche, *sui generis*, non œdémateuse, qui ne s'affaisse pas sous la pression, qui résiste à la façon du sclérème (dureté scléreuse) ; on la dirait *doublée de parchemin*.

II. — D'autres formes de syphilides se rencontrent encore, mais plus rarement, sur les portions cutanées de la vulve. Citons comme types principaux : la syphilide *papulo-croûteuse*, constituée par des papules surmontées de croûtelles ou de croûtes peu adhérentes et caduques; — la syphilide *impétigineuse*, qui s'observe exclusivement au niveau des régions velues ; — la syphilide *ulcéro-croûteuse*.

Ces diverses syphilides ne présentent rien de spécial à la vulve, si ce n'est que, sur cette région, elles perdent facilement leurs croûtes et que, se présentant alors sous forme d'ulcérations, elles peuvent simuler et simulent parfois d'une façon très insidieuse le *chancre simple*, avec lequel elles sont facilement confondues.

III. — Les syphilides cutanées vulvaires coexistent très fréquemment avec des syphilides muqueuses du département muqueux de la vulve. C'est même à la vulve que l'on peut surprendre sur le fait, pour ainsi dire, l'identité de forme de ces deux ordres d'éruptions. Ainsi, journellement on voit les grandes lèvres couvertes, à leur face externe, de papules sèches, et, à leur face interne, de papules humides, érosives. Parfois encore il arrive qu'une même lésion, située à cheval, si je puis ainsi parler, sur les deux faces d'une grande lèvre, soit, d'un côté, papulo-squameuse et, de l'autre, papuleuse humide, papulo-érosive.

Syphilides muqueuses vulvaires. — Elles peuvent occuper tous les départements vulvaires et périvulvaires. Ainsi :

On les rencontre, d'abord, d'une façon ultra-commune sur toute l'étendue de la muqueuse vulvaire, à savoir, par ordre de fréquence : sur les grandes lèvres (c'est là qu'elles sont de beaucoup les plus communes); — sur les petites lèvres; — dans le sillon qui sépare les nymphes des grandes lèvres; — sur l'appareil clitoridien (capuchon et clitoris) ; — à la fourchette; — dans l'infundibulum vulvo-vaginal; — sur le vestibule.

En second lieu, il est très fréquent de les observer sur les régions cutanées vulvaires ou péri-vulvaires, sur la face externe des grandes lèvres, sur les plis génito-cruraux, sur le périnée, sur la partie supéro-interne des cuisses, et jusqu'aux aines. C'est qu'en effet toutes ces régions présentent, pour déterminer la transformation des éruptions sèches en éruptions humides, un ensemble de conditions des plus favorables, telles que finesse des téguments, chaleur et moiteur habituelle, adossement et frottement réciproque des parties, humectation accidentelle provenant des sécrétions vaginales, des règles, de l'urine, etc.

Au point de vue symptomatologique, les syphilides muqueuses se présentent à la vulve sous les quatre formes primordiales précédemment décrites comme constituant d'une façon générale toutes les éruptions des muqueuses. C'est dire qu'on rencontre sur cette région :

Des syphilides érosives ;
Des syphilides papulo-érosives ;
Des syphilides papulo-hypertrophiques ;
Et, enfin, des syphilides ulcéreuses.

Premier type : Syphilide érosive.

Le nom seul de cette lésion indique ce qu'elle est. Elle consiste en des **érosions superficielles** du derme, superficielles au point d'effleurer seulement la muqueuse et d'être constituées par de simples exfoliations épithéliales.

Ces érosions sont généralement petites, limitées, variant de l'étendue d'une lentille à celle d'une pièce de 20 ou de 50 centimes.

Elles n'ont pas de forme particulière, spéciale. Il est assez fréquent qu'elles soient arrondies, mais elles peuvent tout aussi bien être elliptiques, ovalaires, allongées suivant le sens d'un sillon muqueux, fissuraires, etc.

Elles sont *plates*, sans relief, de niveau avec les parties circonvoisines.

Elles fournissent une sécrétion minime de sérosité jaunâtre, pyoïde plutôt que purulente.

Leur coloration rougeâtre n'est autre que celle du derme muqueux dénudé.

Leur physionomie n'offre rien de spécial, et c'est en vain qu'on y chercherait un caractère propre à les différencier des érosions les plus vulgaires.

Indolentes, aprurigineuses, elles sont souvent négligées par les malades qui les considèrent comme des « écorchures », comme d'insignifiants « boutons ». Fréquemment aussi elles passent inaperçues et peuvent même être ignorées de bonne foi, *ce qui ne les rend que plus dangereuses au point de vue de la contagion*. Comment une femme, en effet, soupçonnerait-elle que d'une lésion aussi bénigne puisse dériver une contagion grave ?

La syphilide érosive vulvaire se compose généralement d'un certain nombre de ces érosions groupées au voisinage les unes des autres, d'une demi-douzaine à une douzaine en moyenne. — Il peut en exister bien davantage, comme aussi beaucoup moins. Chez les malades depuis longtemps traitées ou en cours de traitement, l'éruption se borne parfois à deux ou trois de ces petites lésions, voire à une seule.

Pronostic. — De toutes les syphilides muqueuses, celle-ci est à coup sûr la plus bénigne. Bénigne n'est même pas le qualificatif qui lui convient ; c'est inoffensive, anodine, *insignifiante*, que j'aurais dû dire. Elle guérit en effet le plus facilement du monde et presque d'un jour à l'autre sous l'influence des moindres soins. Lavez les érosions

qui la constituent avec un liquide quelconque, recouvrez-les d'une poudre isolante (telle que l'oxyde de zinc ou le talc), puis d'une couche d'ouate, cela suffira pour en faire justice dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Diagnostic. — Le diagnostic, en revanche, en est assez souvent plus difficile que le traitement, et l'on peut en certains cas éprouver un embarras réel à différencier ces lésions soit d'écorchures simples, soit d'érosions herpétiques ou inflammatoires. Deux mots à ce sujet.

La syphilide érosive *n'a pas un seul caractère propre* qui la distingue de la plus simple éraillure. Il peut donc se faire que les difficultés imprévues ou les circonstances spéciales d'un cas particulier mettent le praticien le plus expert dans l'impossibilité d'instituer sur ces lésions un diagnostic certain. En général, toutefois, les érosions syphilitiques se différencient des érosions traumatiques, des écorchures du coït, etc., par leur multiplicité habituelle, leur forme arrondie, leur étendue en surface, leur indolence, leur localisation possible et même fréquente sur des régions qui n'ont pas l'habitude d'être tiraillées ou déchirées dans l'union sexuelle, etc. D'ailleurs, la présence d'autres manifestations spécifiques et les commémoratifs concourent le plus souvent à éclairer la question.

De même, les érosions inflammatoires, telles que celles de la vulvite érosive, pourront être le plus habituellement (je ne dis pas toujours) distinguées des érosions syphilitiques par leur étendue plus considérable, leur configuration moins régulière, leur coloration plus rouge, plus animée, leur sécrétion plus abondante, leur caractère plus douloureux, etc. Les accidents de phlegmasie périphérique viendront d'ailleurs en aide au diagnostic.

L'herpès, enfin, est la lésion qui se rapproche le plus de la syphilide érosive et qu'on risque surtout de confondre avec elle. Il s'en différencie, toutefois, parce qu'il est généralement prurigineux, surtout à son début, et parce que ses érosions sont plus petites, parfois même simplement miliaires, mieux circonscrites, plus régulièrement cerclées, et souvent aussi réunies en groupes ou bouquets *à contour polycyclique* et *microcyclique* (signe sur lequel j'ai trop insisté dans ce qui précède pour avoir à en spécifier derechef l'intérêt séméiologique) (1).

Deuxième type : Syphilide papulo-érosive.

Forme de beaucoup la plus commune ; — forme typique par excellence.

Elle consiste en ceci : 1° Une *papule*, c'est-à-dire une petite saillie

(1) V. pages 81 et 85.

dermique, pleine, légèrement surélevée au-dessus des téguments;

2° Une papule *érosive* de surface, c'est-à-dire dénudée, privée d'épithélium, donc sécrétante, suintante.

Synonymie : Syphilide papulo-muqueuse, papuleuse humide ; — tubercule muqueux, tubercule plat ; — pustule plate; — papule muqueuse, etc.

Constitution anatomique. — Des plus simples. — Identique à la papule cutanée, la papule des muqueuses est purement et simplement une néoplasie cellulaire circonscrite ; néoplasie résultant d'une prolifération abondante de jeunes cellules et de noyaux, groupés autour des papilles dermiques plus ou moins hypertrophiées.

C'est donc un dépôt de cellules qui forme le néoplasme; et c'est ce néoplasme qui, en prenant la configuration que je vais dire, constitue la petite lésion qu'en clinique on appelle « papule ».

Caractères cliniques. — I. — La papule muqueuse forme un léger soulèvement discoïde, saillant sur ses bords, mais s'aplatissant tout aussitôt ; si bien que c'est, à vrai dire, un petit *plateau* surélevé plutôt encore qu'une papule.

Presque toujours elle est arrondie, circulaire de contour. Très souvent même elle est si régulièrement cerclée qu'on la dirait faite au compas. Dans ce dernier cas, orbiculaire de contour et convexe de relief, elle ressemble tout à fait à une petite **pastille** qu'on aurait déposée sur les téguments. — Quelquefois cependant elle est ovalaire, allongée, elliptique, etc. — Il est bien rare qu'elle s'écarte de la forme cerclée, et l'on peut dire même que, de toutes les lésions syphilitiques, c'est elle qui se montre la plus fidèle à cette configuration particulière.

Ses proportions habituelles varient entre le diamètre d'une lentille et celui d'une pièce de 50 centimes. Cependant on trouve des papules comparables comme étendue à une pièce d'un franc; il en est même, mais exceptionnellement, qui excèdent quelque peu cette dernière dimension.

En second lieu, la surface de la papule muqueuse est *dénudée*, privée de l'épithélium qui revêt normalement le derme muqueux. Elle est donc *humide* et *sécrétante*, comme une érosion, comme une plaie. Elle ne fournit toutefois qu'un suintement léger de sérosité trouble, qui tache le linge à la façon du liquide d'un vésicatoire, et dans laquelle le microscope révèle un mélange de leucocytes et de cellules épithéliales. — Ce suintement, si peu que les papules soient un peu nombreuses, exhale une odeur fade, légèrement fétide, laquelle, quoi qu'on en ait pu dire, n'a rien de spécial ni moins encore de « pathognomonique ». Par le défaut de pansements et la malpropreté, cette odeur s'exagère souvent assez pour devenir nauséeuse et repoussante.

La surface érosive de la papule est tantôt lisse et unie, tantôt légè-

rement grenue et comme chagrinée. — Assez variable comme teinte, ainsi que nous le dirons bientôt, elle se présente le plus habituellement avec une coloration d'un rose sombre. — Parfois elle est semée d'un pointillé blanchâtre, comme si on l'avait saupoudrée de quelques menus grains de semoule.

La papule muqueuse est par elle-même essentiellement *indolente*. D'un bout à l'autre de son évolution elle ne détermine ni prurit, ni élancements, ni douleurs d'aucun genre. Ce n'est que lorsqu'elle vient à être irritée par les frottements, la marche, le défaut de soins, qu'elle provoque des démangeaisons plus ou moins vives et qu'elle devient gênante, *agaçante*, plutôt encore que douloureuse. Coïncidemment alors sa surface rougit quelque peu, sécrète davantage et fournit une matière plus franchement purulente.

Telle est la papule muqueuse considérée comme élément éruptif. Voyons maintenant ce qu'est l'éruption.

II. — La syphilide papulo-muqueuse se compose presque toujours d'un nombre plus ou moins considérable de ces papules, disséminées au voisinage les unes des autres.

La confluence de cette éruption est très variable. Chez telle malade on rencontre une demi-douzaine de papules vulvaires et péri-vulvaires ; chez telle autre on en trouve 10, 15, 20, 30, et au delà. — Il est des cas extrêmes où toute la vulve et les régions voisines en sont *criblées*, au point d'en être littéralement recouvertes. Et, inversement, il en est d'autres où l'on n'observe que deux ou trois de ces papules, voire une seule, mais cela, relativement, est assez rare.

III. — Une remarque qu'on trouve reproduite dans tous les livres est la suivante : « Toute papule vulvaire a généralement son *vis-à-vis* ». En autres termes, lorsqu'il existe sur un côté de la vulve une papule muqueuse, presque toujours, dit-on, il s'en développe une semblable de l'autre côté, dans le point symétrique. Cela est vrai pour un certain nombre de cas ; mais il s'en faut de beaucoup que cela soit absolument vrai, et cette symétrie éruptive est bien loin d'être obligatoire, comme semblent le croire certains médecins. Journellement nous observons des malades affectées de papules vulvaires *asymétriques*, ou même affectées de papules plus ou moins nombreuses sur une seule moitié de la vulve, exclusivement.

Incidemment j'ajouterai ceci : la symétrie qu'affectent parfois les papules vulvaires a été souvent donnée comme une démonstration du caractère *auto-inoculable* de ces lésions. C'est là une erreur grave. Les papules muqueuses ne sont pas inoculables au sujet qui les porte, ainsi que l'expérimentation l'a mille fois établi. Si donc une papule vulvaire détermine parfois l'apparition d'une autre papule sur la région avec laquelle elle se trouve en contact, elle ne la détermine que grâce à l'irritation qu'elle a provoquée et qu'elle entretient sur cette région. Elle n'agit et ne peut agir qu'au titre d'un irritant

vulgaire, banal, sa virulence propre n'étant plus susceptible d'influencer à nouveau un organisme contaminé.

IV. — **Nappes muqueuses.** — Lorsque plusieurs papules se sont produites au voisinage les unes des autres, il arrive souvent, à la vulve comme ailleurs, que, dans leur accroissement consécutif, elles se confondent. Elles se fusionnent alors en une lésion commune, et cette lésion prend le nom de *nappe muqueuse.*

La nappe muqueuse a nécessairement une étendue proportionnelle au nombre des papules dont elle est formée. Elle est souvent considérable, au point par exemple de mesurer toute la hauteur d'une grande lèvre, de se déverser sur les régions péri-vulvaires et d'occuper là une surface de plusieurs centimètres carrés.

Cette nappe muqueuse figure un large *plateau papuleux*, surélevé de 2 ou 3 millimètres au-dessus des parties voisines. Elle se reconnaît sans peine à l'ensemble des caractères précités, comme aussi à cette particularité que son contour est généralement constitué par une série de *segments de circonférence*, vestiges des papules périphériques englobées dans la lésion commune. — On la voit, d'ailleurs, affecter toutes les formes, tantôt s'étalant en surface lorsqu'elle a toute liberté pour se développer sur une région plane, tantôt s'allongeant et s'effilant suivant la direction d'un pli tégumentaire, etc.

Quand la nappe muqueuse a acquis une certaine étendue, elle est rougeâtre, enflammée, prurigineuse. — Elle sécrète en abondance une matière séro-purulente, jaunâtre, et se revêt quelquefois par places d'enduits croûteux. — Sa surface grenue est parcourue en divers sens par des sillons ou des fissures (vulgairement appelées *rhagades*), qui s'ulcèrent fréquemment. — Enfin, abandonnée à elle-même, cette lésion ne tarde guère à s'accroître et passe alors à la forme dite *hypertrophique.*

Produit d'une incurie chronique, la nappe muqueuse vulvaire ne s'observe que chez les femmes qui, pour une raison ou une autre, négligent tous soins d'hygiène et d'élémentaire propreté. C'est dire qu'elle est presque exclusivement l'apanage des prostituées de la basse classe. J'en ai cependant rencontré un cas — et des plus intenses — sur une femme de la très haute société, qui, par « esprit religieux » (!), s'était toujours abstenue et s'abstenait encore, bien que malade, de toute ablution sur les organes génitaux !

Aussi bien, en certains cas de cet ordre, la nappe muqueuse aboutit-elle quelquefois à acquérir des dimensions considérables. Sur une de mes malades de Lourcine, elle recouvrait littéralement *toute* la vulve, tout le périnée, toute la région périanale, toutes les régions génito-crurales, et s'étalait même largement sur l'une des aines.

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

4970-99. — Corbeil. Imprimerie Ed. Crété

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

PAR

le Professeur Alfred FOURNIER

Rédigé, d'après l'enseignement de l'Hôpital Saint-Louis, par

Le Dr EDMOND FOURNIER

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

7re. I 1898

TOME PREMIER

PÉRIODE PRIMAIRE. — PÉRIODE SECONDAIRE.

PARIS

J. RUEFF, ÉDITEUR

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1899

Tous droits réservés.

V. — **Évolution**. — **Résolution hâtive** et **facile curabilité** sous l'influence d'un traitement même exclusivement local, voilà les deux derniers traits de l'affection.

Par elle-même, il est vrai, la lésion n'a pas de tendance à guérir. Négligée ou non traitée, elle persiste un temps fort long, et passe même assez souvent à la forme hypertrophique. Mais vient-on à la traiter — la *traiter* est même trop dire, — vient-on à la soumettre aux moindres soins locaux, sans même faire intervenir la médication générale, tout aussitôt elle se modifie comme par enchantement. D'abord, elle se dessèche; de papule humide qu'elle était, elle se transforme en papule sèche, et cela presque *du jour au lendemain*. Puis elle diminue, se flétrit, s'atrophie, se résorbe, au sens strict du mot, et disparaît en quelques jours, au plus en une quinzaine, sans laisser la moindre cicatrice. C'est donc là une lésion essentiellement *résolutive*, et même la rapidité avec laquelle elle s'efface n'est pas, je le répète, sans constituer un fait surprenant.

Traitement. — Aussi, comme conséquence, convient-il en pratique de n'opposer à cette lésion que le plus simple traitement.

Quelques médecins ont pour méthode de cautériser les papules vulvaires avec un agent énergique, tel que le chorure de zinc, le nitrate acide de mercure, l'acide acétique, l'acide chromique, etc. C'est là une double faute, à mon sens; car, d'une part, cette cautérisation impose aux malades une douleur inutile ; et, d'autre part, elle prolonge bien plutôt qu'elle n'abrège la durée de la lésion.

D'autres, en plus grand nombre, se bornent à toucher ces papules avec le crayon de nitrate d'argent. Cette pratique a le tort d'être au moins superflue, car elle n'active en rien la résolution. En outre, elle ne laisse pas d'être plus ou moins douloureuse, alors surtout que la cautérisation doit porter sur de larges surfaces.

Un traitement plus simple et toujours suivi de succès consiste en ceci : bains fréquemment répétés ; — lotions, trois fois par jour en moyenne, avec un liquide détersif quelconque (c'est à la liqueur de Labarraque, coupée de 4 à 5 parties d'eau, que nous donnons ici la préférence) ; — à la suite de chaque lotion, pansement avec une poudre *isolante*, un tampon d'ouate et un bandage en T. — Quant à cette poudre, le choix en importe peu ; car elle n'a qu'un rôle à remplir, celui de dessécher mécaniquement la papule et de l'isoler des parties avec lesquelles elle pourrait se trouver en contact. Or, toute poudre *inerte*, *indifférente*, non susceptible d'irriter la plaie, est parfaitement suffisante à remplir cet office. La moins chère est donc la meilleure, et c'est à ce point de vue que l'oxyde de zinc peut avantageusement remplacer le dispendieux calomel, consacré de vieille date par l'usage ou la routine pour le pansement de ces lésions.

Ce que réalise ce traitement, c'est l'*isolement* des surfaces malades ;

et cet isolement suffit à lui seul pour déterminer en quelques jours le desséchement, puis la résolution des papules.

Troisième type : SYPHILIDE PAPULO-HYPERTROPHIQUE.

Simple variété de la forme précédente au double point de vue clinique et histologique, mais variété s'élevant au rang d'une véritable forme par l'exagération de ses caractères et son importance comme lésion.

Elle résulte de l'ampliation d'une papule devenue *gigantesque*, au point de constituer parfois (le mot n'a rien d'exagéré) une véritable *tumeur*.

Comme siège, elle ne saurait naturellement affecter que les points où se développent les papules, puisqu'elle n'est elle-même qu'une papule ou qu'un groupe de papules hypertrophiées. Les régions où on l'observe le plus souvent sont : le bord libre et la face externe des grandes lèvres ; — le pli cutané qui limite ces lèvres en dehors ; — les plis génito-cruraux ; — la face supéro-interne des cuisses ; — le périnée et la marge de l'anus.

Comme étiologie, une cause unique et constante préside à son développement, à savoir : l'*incurie*, l'incurie chronique, incroyable, bestiale, de certaines malades ; en autres termes, le défaut de traitement, de pansements et d'hygiène, la malpropreté, la saleté poussée à la dernière puissance. Qu'on le sache bien, en effet, jamais, au grand jamais, on ne rencontre les immondes lésions dont je vais parler chez les femmes qui se soignent, qui ont quelque souci d'elles-mêmes ; car la papule muqueuse (on le sait par ce qui précède), pour peu qu'elle soit soumise aux moindres soins, ne demande qu'à rétrocéder, qu'à se résoudre. On n'observe de telles lésions que chez les femmes des classes inférieures ; — chez celles que l'ignorance, l'abrutissement, la débauche, l'ivrognerie, la misère, abaissent au dernier échelon de la dégradation physique et morale ; — ou bien encore — le croirait-on ? — chez certaines malades qu'une pudeur mal entendue ou, pour mieux dire, qu'une pruderie ridicule conduit à n'accepter les secours d'un médecin qu'à la dernière extrémité.

Des papules isolées peuvent subir la déviation hypertrophique et aboutir à former de petites tumeurs mamelonnées, grosses comme un haricot, une noisette, un noyau d'abricot. Le plus habituellement, toutefois, ce sont des papules agminées et confluentes qui constituent la syphilide hypertrophique.

En tant que lésions, ce que l'on constate est ceci, sommairement : Des tubérosités, des *tumeurs* plus ou moins volumineuses, sessiles de base, formant des masses rougeâtres et bourgeonnantes, qui

rappellent à la fois la physionomie de la papule et celle de la végétation, du chou-fleur vulgaire (1).

Lorsqu'elles sont isolées, ces tubérosités consistent en des mame-

(1) Voici, relativement aux *caractères histologiques* de cette lésion, une note qui m'a été remise par mon savant collègue et ami le Dr Hayem :

... Mes recherches ont porté sur deux petites tumeurs présentant tous les caractères de la lésion désignée par M. Fournier sous le nom de *syphilide papulo-hypertrophique*. — Ces deux productions syphilitiques ont été excisées par M. Fournier sur des malades de son service, à Lourcine ; l'une d'elles était à l'apogée de son développement, la seconde commençait à se flétrir. (Je dois faire remarquer qu'à l'époque où ces deux petites tumeurs furent excisées, elles avaient cessé depuis longtemps d'être *érosives*. Primitivement, elles s'étaient présentées avec une surface érodée, suppurante ; sous l'influence du traitement, elles s'étaient ensuite desséchées, cicatrisées, de sorte que les éléments de la couche dermo-papillaire se trouvèrent reconstitués et intacts au moment où l'examen microscopique en fut pratiqué.)

Les syphilides papulo-hypertrophiques présentent deux parties distinctes. La plus superficielle est constituée par l'épiderme et le corps muqueux de Malpighi. La seconde est formée par la couche superficielle du derme, c'est-à-dire par le tissu dermo-papillaire.

Ces deux parties, qui se différencient parfaitement, même à l'œil nu, sont profondément modifiées dans la lésion qui nous occupe.

1° *Couche épidermique.* — La couche cornée de l'épiderme est environ deux fois plus épaisse qu'à l'état normal; elle est irrégulière, un peu fendillée, mais ne manque sur aucun point.

Le corps muqueux est très hypertrophié, mais d'une manière fort inégale. De sa face profonde partent des colonnes allongées, quelquefois bifurquées, qui se terminent par une pointe arrondie au milieu du tissu dermo-papillaire. En tenant compte des diverses variétés de cellules qu'il renferme, le corps muqueux altéré peut être divisé en trois régions :

a) La plus profonde, celle qui s'insinue sous forme de colonnes ou de racines entre les papilles, est composée de petites cellules arrondies ou ovoïdes, peu différentes des cellules normales. Cependant, sur quelques-unes de nos préparations, certains de ces éléments étaient très granuleux.

b) La couche moyenne, celle qui répond au sommet des papilles, est constituée par des cellules épidermiques très volumineuses. Le bord de ces éléments offre une exagération plus ou moins manifeste des crénelures normales, disposition qui rappelle les caractères de l'épithélium de la langue. Dans un grand nombre de cellules, le noyau est devenu vésiculeux, et le contenu protoplasmique est plus granuleux qu'à l'état normal.

c) La couche superficielle contient aussi des cellules à noyaux vésiculeux ; on y voit, de plus, quelques globes épidermiques analogues à ceux des épithéliomes. Enfin, quelques éléments renferment dans le noyau altéré des corpuscules très réfringents, à contour foncé, dont je n'ai pu déterminer la nature.

2° *Couche dermo-papillaire.* — La partie profonde de la petite tumeur correspond au tissu dermo-papillaire profondément altéré. A l'état frais, elle offre une coloration rosée et une consistance semi-élastique. — La pression en fait sourdre un suc légèrement opalin, dans lequel nagent un grand nombre d'éléments cellulaires, et qui renferme une matière amorphe. Celle-ci devient très granuleuse ou légèrement fibrillaire par l'action de l'acide acétique, ce qui indique la présence d'une petite quantité de mucine.

Sur les coupes microscopiques, toute cette partie du derme malade présente les caractères suivants :

Elle est transformée en un tissu composé de petites cellules pressées les unes contre les autres et séparées çà et là par quelques tractus étroits de tissu conjonctif fibrillaire. Ces tractus deviennent plus larges et plus abondants dans les parties profondes qui sont en continuité avec le derme resté sain.

La surface de ce tissu malade est déchiquetée irrégulièrement et offre des pro-

lons muqueux, généralement arrondis comme contour, et convexes comme relief. — Lorsqu'au contraire elles sont agminées et confondues en une masse commune, elles constituent des *nappes* plus ou moins étendues en surface, saillantes, surélevées de plusieurs millimètres au-dessus du plan des tissus voisins, en forme de plateaux muqueux.

Le volume que ces tubérosités ou ces nappes hypertrophiques

longements d'un diamètre très variable, qui comblent les espaces laissés libres entre les colonnes du corps muqueux.

Ces prolongements représentent les papilles qui, devenues allongées et fort inégales, s'imbriquent avec les parties correspondantes du corps muqueux hypertrophié. Çà et là on aperçoit des espaces arrondis ou ovalaires, composés de petites cellules épithéliales et provenant, sans aucun doute, de la section plus ou moins oblique des colonnes du réseau de Malpighi.

Étudiés soit sur des coupes, soit par dilacération, les petits éléments qui, par leur abondance et leur volume, donnent au tissu dermo-papillaire l'aspect d'un tissu de bourgeons charnus, offrent les formes, les dimensions et les réactions des éléments du tissu conjonctif embryonnaire. Les plus petits ont l'apparence de globules blancs du sang, mais ne donnent pas par l'acide acétique la réaction caractéristique de ces derniers. Ce sont de petites cellules arrondies ou à contour un peu irrégulier, possédant un noyau relativement volumineux et un nucléole bien distinct. Quelques noyaux paraissent libres et sans corps cellulaire.

D'autres éléments, dont l'abondance varie suivant les préparations étudiées et les divers points de ces préparations, ont un corps cellulaire allongé, fusiforme, dont l'une des pointes est souvent bifurquée. Le noyau et le nucléole ont les mêmes caractères que dans les éléments arrondis.

Dans les points les plus profonds et dans ceux qui, à la périphérie des petites tumeurs, se continuent avec la peau saine, on trouve quelques faisceaux fibreux normaux et de rares fibres élastiques. Mais ces faisceaux sont partout séparés par des amas de cellules embryonnaires.

Les vaisseaux et les nerfs des papilles sont complètement masqués par l'abondance des éléments.

En résumé, les syphilides papulo-hypertrophiques sont constituées :

1° Par une hypertrophie assez considérable et fort inégale de l'épiderme, laquelle porte particulièrement sur le corps muqueux de Malpighi ;

2° Par une altération, au point correspondant, du tissu dermo-papillaire, altération consistant en une production extrêmement abondante d'éléments embryonnaires (cellulaires et fusiformes), lesquels proviennent sans doute de la multiplication des éléments préexistants.

La dénomination nouvelle assignée par M. Fournier à cette lésion est donc d'une exactitude absolue au point de vue anatomique.

L'étude qu'on vient de lire a été faite sur deux échantillons différents. Or, le rapprochement des résultats constatés dans les deux cas peut donner lieu à quelques remarques qui complètent la description précédente.

La seconde tumeur que j'ai eu à examiner (celle qui était en voie de régression) différait de la première par une élongation moins prononcée des papilles altérées, une altération vésiculeuse et granuleuse plus marquée des cellules du corps muqueux, et peut-être aussi par une abondance moindre des éléments embryonnaires des papilles. On remarquait en outre, sur l'ensemble des coupes, des fentes qui pénétraient profondément dans toute la hauteur de la production morbide et qui pouvaient permettre une sorte de suintement.

On peut conclure de là, sauf vérification ultérieure : 1° que ces produits morbides, après une période plus ou moins longue de végétation cellulaire, sont susceptibles de se flétrir, puis de disparaître par altération et résorption de leurs éléments ; — et 2° que ce travail de régression paraît s'établir d'abord dans les couches superficielles du derme et la partie profonde du corps muqueux.

peuvent affecter est très variable. Pour les plus petites, il est comparable à celui d'un gros pois, d'un haricot, d'une demi-noisette. D'autres atteignent les proportions d'une fève, d'une datte. D'autres enfin, bien plus grosses, présentent — et cela sans la moindre exagération — les dimensions et la forme d'un chapeau de champignon; elles peuvent mesurer ainsi 3, 4, 6, 10 centimètres de largeur sur 1 ou même 2 centimètres de saillie! C'est à ces dernières qu'on a appliqué quelquefois les dénominations de *frambœsia* syphilitique ou de papules *éléphantiasiques*.

La surface de ces lésions est rosée ou d'un rouge assez clair. Lorsqu'elle est irritée, enflammée, elle devient d'un rouge sombre violacé, vineux. — Elle est de plus grenue, inégale, mûriforme, fendillée, et souvent parcourue par des vallonnements qui correspondent aux points de fusion des papules primitives en une masse commune. Elle rappelle ainsi exactement l'aspect des végétations vulvaires non syphilitiques, mais elle en diffère toutefois en ce qu'elle n'en présente pas la forme ramifiée, la structure arborescente.

Cette surface est érosive; souvent même elle est excoriée mécaniquement, voire ulcéreuse en certains points. — Elle sécrète abondamment une humeur sanieuse, fétide, séro-purulente, qui tache et empèse le linge à la façon du liquide d'un vésicatoire ou d'un écoulement blennorrhagique. — Parfois, elle se recouvre partiellement, surtout au niveau des portions cutanées de la vulve, d'enduits croûteux formés par la concrescence des produits exsudés. — D'autres fois, ce qui est plus commun, elle s'ulcère par places et présente çà et là des anfractuosités irrégulières, baignées d'un pus stagnant, grisâtres et du plus mauvais aspect. En certains cas même on y trouve quelques îlots d'une teinte verdâtre ou brune, témoignages non équivoques d'une *mortification* superficielle subie par la tumeur. La sécrétion que fournissent alors ces masses végétantes, arrivées à l'état d'ulcération ou de gangrène, acquiert une fétidité excessive, nauséeuse et suffocante.

Complications. — Le développement hypertrophique des papules vulvaires ne s'accompagne à son début d'aucune douleur; mais il ne tarde guère à se compliquer consécutivement de phénomènes phlegmasiques plus ou moins intenses. Les parties situées au voisinage rougissent et deviennent prurigineuses; — une dermite érosive se produit à leur surface et sécrète un suintement blennorrhoïde; — la vulve se gonfle; — les grandes lèvres deviennent turgescentes, dures, érysipélateuses, doublent ou triplent de volume, et prennent une dureté qu'on ne saurait mieux comparer qu'au sclérème; — les petites lèvres s'œdématient; — le périnée, la marge de l'anus et la face supéro-interne des cuisses, constamment baignés de pus, s'enflamment à l'unisson. — De très vives douleurs se manifestent alors, au point d'exciter en quelques cas un certain

ensemble de phénomènes réactionnels ; la marche, la station même devient très pénible, presque impossible. Et c'est dans cet état que nous voyons quelques malheureuses femmes arriver aux consultations de notre hôpital, se traînant plutôt que marchant, pâles, blêmes, portant sur leur visage l'expression de la souffrance, exhalant de toute leur personne une affreuse odeur et, somme toute, simplement affectées de syphilides vulvaires, mais de syphilides énormes, végétantes, ulcérées, gangreneuses, baignées de pus, immondes, hideuses, révoltantes d'aspect et de fétidité.

Pronostic. — Traitement. — On serait presque autorisé à croire que ces grosses masses végétantes réclament une intervention énergique et ne sauraient guérir qu'au prix d'une cautérisation destructive ou même d'une excision. Alarmes vaines. L'expérience contredit ici toutes les prévisions rationnelles.

Et, en effet, soumises à un traitement purement médical et des plus simples, ces syphilides hypertrophiques guérissent absolument bien, voire parfois avec une rapidité surprenante. Cela est essentiel à savoir, pour se préserver d'interventions inutiles, douloureuses, préjudiciables. A quoi bon des cautérisations qui, portant sur des lésions d'une telle étendue, ne manquent jamais d'être *horriblement douloureuses*, jusqu'à déterminer des crises de nerfs, des lipothymies, des accidents hystériformes, etc., jusqu'à constituer un supplice de plusieurs jours? A quoi bon des excisions qui deviennent parfois des opérations véritables, qui exposent à des hémorrhagies difficilement coercibles, et qui ne manquent jamais de laisser des cicatrices? Détestables pratiques, alors surtout qu'il suffit, pour délivrer les malades, des simples moyens que voici :

Repos au lit. — Bains répétés, quotidiennement pour quelques jours, puis, au delà, tous les deux ou trois jours. — Ablutions fréquentes (quatre ou cinq fois par jour) avec liqueur de Labarraque coupée d'eau ; — asséchement, puis aspersion d'une poudre isolante (oxyde de zinc, par exemple) recouverte d'ouate ; — bandage en T ; — et, bien entendu, médication générale.

Sous l'influence de ce traitement, on voit en quelques jours tous les symptômes se modifier et se transformer : les douleurs se calment, la suppuration diminue, la fétidité disparaît, et les surfaces ulcérées commencent à se dessécher. Puis, une semaine ne s'est pas écoulée que déjà les grosses masses fongueuses se sont sensiblement réduites de volume, ratatinées et atrophiées. Au delà, elles continuent — plus lentement, il est vrai, — à se résorber, et, finalement, elles s'effacent, sans laisser de cicatrices.

Cette résorption exige, à coup sûr, un certain temps, trois à six semaines en moyenne, quelquefois même davantage. Mais toujours elle s'accomplit ; jamais elle ne résiste à des soins continus.

Lorsqu'elle languit, il y a indication à l'activer par quelques badi-

geonnages à la teinture d'iode, au besoin même par quelques fines pointes de feu appliquées superficiellement.

Mais une pratique à laquelle je me refuse absolument, c'est la cautérisation *profonde* de ces masses tubéreuses, à savoir leur destruction ignée. Sans doute, on peut les guérir de la sorte, ainsi que l'a très bien établi le Dr Baudier dans un travail d'ailleurs intéressant (1), et même les guérir assez rapidement (« en dix-huit jours, comme moyenne »). Mais c'est là une *opération* véritable, extrêmement douloureuse quand elle doit intéresser de larges surfaces (ce qui est le cas le plus usuel), donc nécessitant le chloroforme. Or, il me semble excessif, abusif, dans la seule intention de « gagner du temps », d'exposer une malade aux dangers du chloroforme pour une lésion qu'un peu de patience suffit à guérir.

Quatrième type : Syphilide ulcéreuse.

Forme beaucoup moins fréquente que la syphilide papulo-érosive, voire relativement rare. — D'autre part, forme plus tardive que les trois précédentes et n'entrant guère en scène qu'à une époque plus ou moins avancée de la période secondaire. — Très intéressante, enfin, cliniquement de par les analogies objectives qu'elle offre avec le chancre simple.

Elle consiste en ceci : des lésions *ulcéreuses* de la muqueuse vulvaire. — Elle correspond donc, comme modalité anatomique, aux syphilides ulcéro-croûteuses ; seulement l'élément *croûte* lui fait défaut, parce qu'il n'a pas la possibilité de se produire sur le tégument muqueux.

La syphilide ulcéreuse peut affecter toutes les régions de la vulve. Mais on l'observe plus habituellement sur les points suivants : face interne des grandes lèvres, petites lèvres, vestibule, entrée du vagin. — Quelquefois, mais plus rarement, elle déborde le département muqueux de la vulve pour se répandre sur les téguments cutanés du voisinage.

Son importance est variable, comme nombre et comme étendue de lésions.

En général, elle se compose de *plusieurs* lésions, au nombre de trois, quatre, cinq, six, rarement davantage. — Mais elle peut se réduire à deux, voire à une seule, ce qui ne contribue pas médiocrement à en rendre le diagnostic plus difficile.

Ses ulcérations affectent comme moyenne usuelle les dimensions d'une grande lentille, d'une pièce de vingt centimes, au maximum celles d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc. Mais elles

(1) Baudier, *Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez la femme*, thèse de Paris, 1888.

peuvent devenir plus considérables par coalescence et fusionnement, comme dans un cas qui a été très fidèlement reproduit par un habile artiste, M. Méheux, et qu'on trouvera représenté dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, planche VI. (Je recommande cette belle figure à l'attention de mes lecteurs.) Dans ce cas, qui est absolument typique, trois ulcérations isolées (absolument identiques d'aspect au chancre simple) se voient sur la grande lèvre gauche et le périnée; — tandis que trois autres, qui se sont fusionnées par voisinage, forment sur la grande lèvre droite une plaie considérable qui ne mesure pas moins de 5 centimètres en hauteur. — En outre, une énorme nappe érythémateuse sert de cadre à ces lésions en couvrant toute la vulve et les régions périvulvaires.

Les lésions qui constituent cette modalité de syphilides n'offrent absolument *rien de spécial* comme objectivité. Qu'on les examine, qu'on les analyse aussi minutieusement que possible au point de vue de leur forme, de leur étendue, de leur profondeur, de l'état de leur fond, de leurs bords et de leur base, etc., on ne trouvera aucun signe qui les distingue à coup sûr d'ulcérations de nature très différente. Ce sont des *ulcérations*, et voilà tout. Car ce n'est pas, certes, en donner une caractéristique que de dire à leur propos ce que je suis réduit à en dire, à savoir :

Qu'elles sont tantôt assez superficielles et tantôt plus ou moins creuses ; — qu'elles sont variables de forme, cerclées ou demi-cerclées ici, ovalaires ou elliptiques là, irrégulières ailleurs, etc. ; — que leur coloration varie du jaune rougeâtre au rouge foncé et peut affecter un mélange de tons différents ; — que leur fond, habituellement lisse et poli, devient en d'autres circonstances inégal et rugueux ; — que leurs bords sont ou abrupts, ou taillés en pente douce, ou relevés en crêtes; — que leur base, ordinairement souple, se double parfois d'une certaine rénitence ; — que leur suppuration, enfin, est généralement assez abondante et plus franchement composée de pus que celle des autres syphilides muqueuses, etc. Dans tout cela, je le répète, il n'est rien de spécial, rien de propre à ces lésions. De ces divers attributs, il n'est pas un seul qui ne soit absolument banal, qui ne puisse figurer dans la symptomatologie d'une ulcération quelconque, spécifique ou vulgaire.

A peine les syphilides ulcéreuses trouvent-elles parfois un élément diagnostique dans une particularité de configuration que voici. Il n'est pas rare qu'elles présentent une tendance manifeste à la *forme cerclée* ou à un dérivé de cette forme, et cela soit comme contour de lésions isolées, soit comme mode de groupement de lésions voisines. Ainsi, tantôt on les trouve constituées par des ulcérations arrondies, cerclées, dessinant une couronne, une demi-lune, un fer à cheval, etc.; et tantôt on voit une série de leurs lésions s'agencer les unes par

rapport aux autres suivant une ligne courbe, un demi-cercle, un croissant. Ce mode spécial de configuration, quelque variété d'ailleurs qu'il affecte, est quelquefois assez nettement accentué pour servir utilement au diagnostic différentiel.

Malheureusement, ce dernier signe fait défaut en bon nombre de cas. Et alors, comme il est à peu près le seul qui donne aux syphilides ulcéreuses une physionomie tant soit peu particulière, on peut être fort embarrassé pour porter un jugement sur la nature de ces lésions. Les plus habiles s'y trompent, et les plus habiles même sont ceux qui hésitent le plus à se prononcer sur de tels cas, parce qu'ils connaissent mieux que d'autres les difficultés d'un semblable diagnostic. Aussi bien, ce diagnostic, disons-le, ne peut-il souvent être établi que sur la considération des accidents concomitants et des commémoratifs; ce qui m'amène à répéter encore ici ce précepte général de syphiliographie, à savoir : que la spécificité d'une lésion soupçonnée syphilitique doit être établie non pas sur les seuls attributs de cette lésion, mais sur un ensemble de symptômes, sur un groupe de phénomènes actuels ou passés, sur une *série* morbide, sur une *évolution* pathologique.

Diagnostic. — Le chancre simple est, par excellence, la lésion avec laquelle cette forme de syphilide risque le plus d'être confondue. On peut même dire qu'en fait elle a été confondue avec lui jusqu'à une époque très voisine de la nôtre, car on ne trouve nulle part, dans les écrits de nos devanciers, un effort pour l'en distinguer.

Du reste, la méprise, en l'espèce, est plus que facile cliniquement, comme explicable aussi par d'excellentes raisons, à savoir : identité de siège entre les deux lésions; — analogie, voire quasi-identité de caractères cliniques, toutes deux étant constituées par des ulcérations, et par des ulcérations circonscrites, plus ou moins creuses, plus ou moins larges, suppurant assez abondamment, souples de base, etc. Aussi est-il souvent très difficile de les différencier. Je dirai même que c'est là, très sûrement, *un des diagnostics différentiels les plus ardus, les plus délicats, de toute la syphiligraphie.*

D'autre part (et j'appelle l'attention sur ce point), il se rattache à la distinction clinique de la syphilide ulcéreuse et du chancre simple un *intérêt doctrinal*, et un intérêt doctrinal de premier ordre. C'est qu'en effet une confusion commise entre ces deux espèces morbides n'aboutit à rien moins que ceci : la négation du chancre simple en tant qu'espèce morbide distincte de la syphilis, c'est-à-dire la négation du *dualisme*, une des plus importantes conquêtes de la science contemporaine. Et voici comment.

Supposez une contamination dérivant d'une syphilide ulcéreuse. Qu'en résultera-t-il ? Un chancre induré sur le sujet qui a reçu la contagion. Or, que cette syphilide ulcéreuse ait été prise indûment pour un chancre simple, voyez la conséquence d'une telle erreur.

On dira, on ne manquera pas de dire : « Voilà *une syphilis dérivant par contagion d'un chancre simple*. Donc le chancre simple est un accident qui appartient à la syphilis, puisqu'il transmet la syphilis. Donc, la doctrine dualiste est un mythe, une erreur, que l'observation condamne. »

Et c'est de la sorte, en effet, qu'on a maintes fois raisonné, au nom de tels faits et grâce à de telles méprises. Très positivement, la syphilide ulcéreuse génitale confondue indûment avec le chancre simple a été longtemps la pierre d'achoppement de la doctrine dualiste. C'est elle qui (avec le chancre céphalique, dont j'ai parlé précédemment) a fait que Ricord n'a pas osé trancher le nœud gordien qui semblait rattacher le chancre simple à la syphilis. C'est elle aussi qui m'a trompé, alors que, jeune encore, j'émettais l'opinion d'après laquelle « un chancre simple développé sur un sujet syphilitique pouvait déterminer par contagion un chancre syphilitique (1) ». Et pourquoi, comment ai-je été conduit à cette erreur ? Parce que, ne connaissant pas à cette époque la syphilide ulcéreuse génitale, je l'avais prise pour un chancre simple. Ce n'est que plus tard et après avoir fait mon éducation personnelle sur cette syphilide ulcéreuse que j'ai dû reconnaître ma méprise et venir à résipiscence.

Donc, un double intérêt, clinique et doctrinal, se rattache au diagnostic différentiel en question, qu'il me reste maintenant à étudier.

De quels éléments disposons-nous pour instituer ce diagnostic ?

I. Il est des cas, d'abord, où la nature de la lésion ressortira *ipso facto* des commémoratifs, et cela en raison de la *spontanéité de développement* de ladite lésion. Je m'explique.

Un sujet syphilitique (homme ou femme, n'importe, car ce que je vais dire est aussi bien applicable à un sexe qu'à l'autre) est affecté d'une lésion ulcéreuse des organes génitaux, à propos de laquelle, après mûr examen, le diagnostic différentiel s'est restreint à ces deux hypothèses : syphilide ulcéreuse ou chancre simple. Or, le malade, je suppose, déclare n'être affecté de cet accident que depuis quelques jours et ne s'être exposé à aucun risque de contagion depuis fort longtemps, soit, par exemple, trois à six mois. Dans ces conditions, en toute évidence, la lésion ne peut être qu'une syphilide ulcéreuse, par exclusion forcée du chancre simple, lequel n'attend pas trois à six mois pour se produire à la suite d'une contamination. La spontanéité de développement, en dehors de toute contagion possible, atteste donc ici la syphilide ulcéreuse, par élimination nécessaire du chancre simple.

Le diagnostic peut tirer parti, à l'occasion, de cette considération

(1) A. Fournier, *Recherches sur la contagion du chancre* (Adrien Delahaye, Paris, 1857).

toute spéciale et majeure. Mais, sans que j'aie besoin de le dire, on voit l'écueil où peut sombrer un tel diagnostic, exclusivement basé sur l'assertion d'un malade qui peut tromper ou se tromper lui-même en ne tenant pas compte d'un rapport qu'il ne croit pas suspect. Donc, cherchons mieux.

II. Trois signes, tous éventuels à la vérité, peuvent parfois concourir à déterminer le diagnostic, à savoir :

1° *Coexistence d'un bubon aigu, inflammatoire.* — Cela sera une forte présomption en faveur du chancre simple, qui s'accompagne souvent d'une complication de cet ordre, tandis que les syphilides de tout genre ne provoquent que d'une façon très exceptionnelle un retentissement phlegmasique vers les ganglions.

2° *Configuration arciforme de la lésion.* — Quelquefois les syphilides ulcéreuses se constituent sous forme de lésions demi-cerclées, arciformes, en demi-lune, en croissant, etc. ; — ce que ne fait jamais le chancre simple.

Cette configuration est donc distinctive. Malheureusement, ce n'est là qu'une particularité assez rare.

3° *Multiplicité et inégalité de développement des diverses lésions.* — Très habituellement le chancre simple est multiple (c'est la règle) et multiple même à un bien plus haut degré que ne l'est en général la syphilide ulcéreuse, laquelle d'ailleurs est souvent discrète, voire parfois solitaire.

D'autre part (et ceci a une bien autre signification pour le diagnostic), les lésions par lesquelles se traduit le chancre simple sont très souvent de deux ordres : d'abord, des chancres simples *adultes*, bien constitués, d'une étendue moyenne (celle, par exemple, d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes) ; puis, à leur pourtour, des chancres simples *jeunes* ou même *naissants*, de taille naturellement proportionnelle à leur âge, c'est-à-dire petits, très petits ou même embryonnaires. — Ajoutons que ces petits chancres sont souvent les plus caractéristiques de tous, en raison de leur excavation notablement creuse par rapport à leur minuscule diamètre ; ils sont *presque aussi creux que larges*, ce qui leur confère une physionomie toute particulière.

Cette association de *grandes* et de *petites* lésions (ces dernières résultant d'inoculations de voisinage) est tout à fait caractéristique. Elle répond bien à ce que Ricord disait plaisamment du chancre simple : « C'est un chancre qui vit en famille, entouré de ses enfants. »

Tout au contraire, les syphilides ulcéreuses, toutes de même âge généralement, ne présentent pas cette disproportion d'étendue entre leurs diverses lésions. En sorte que le diagnostic peut tirer de cette opposition de caractères un utile profit. Parfois même il ressort immédiatement et en toute évidence de ces petits chancres *satellites* qui,

je le répète, sont absolument caractéristiques. — Malheureusement encore, ce n'est là qu'une éventualité clinique, qui fait souvent défaut.

III. En l'absence possible des particularités précédentes, le diagnostic devient singulièrement difficile. Il repose alors exclusivement sur de simples données objectives d'appréciation toujours assez délicate, voire se réduisant parfois à de simples nuances, telles que celles qui peuvent résulter des divers signes suivants :

1° *État des bords.* — Avec le chancre simple, bords nets, véritablement entaillés, parfois à pic, parfois décollés. — Avec la syphilide ulcéreuse, bords moins accentués, à entamure ne formant pas arête, ou même bords inclinés en pente douce vers le fond de la plaie.

2° *État du fond.* — Avec le chancre simple, fond généralement inégal, vermoulu, alvéolaire, c'est-à-dire semé de petites dépressions. Avec la syphilide ulcéreuse, fond lisse, égal, uni. — (C'est là, à coup sûr, le meilleur des signes de cette série.)

3° *Coloration.* — Pour le chancre simple, coloration jaune ou jaunâtre, d'un ton clair, « gai », comme disait Ricord, vif, animé. — Avec la syphilide ulcéreuse, coloration ou rougeâtre, ou gris lardacé, d'un ton plus ou moins sombre.

Pour un œil exercé, les trois signes qui précèdent suffiront souvent à constituer le diagnostic avec un réel degré de certitude. Mais je ne saurais assez insister sur les deux points suivants : que, d'abord, les signes en question sont d'une appréciation délicate, minutieuse, difficile, exigeant une véritable expérience spéciale ; — et qu'en second lieu ils ne sont pas toujours assez accentués pour permettre un jugement aux médecins les plus experts, voire aux vétérans de l'art.

Aussi bien est-il de nombreux cas où le diagnostic ne peut être posé que d'après les données bactériologiques ou expérimentales qu'il me reste à signaler.

IV. Avec le chancre simple, présence, dans le pus issu des lésions, du *bacille de Ducrey*; — absence de ce bacille dans le pus de la syphilide ulcéreuse.

V. Enfin, l'*auto-inoculation* constitue en l'espèce le critérium suprême. La syphilide ulcéreuse, en effet, répond toujours négativement à la lancette; tandis que l'inoculation du chancre simple ne manque jamais de produire un chancre simple.

Dans les cas difficiles, non solubles par les procédés cliniques, c'est là l'unique ressource pour dissiper tous les doutes et faire la lumière.

Les éléments de ce diagnostic se trouveront réunis, pour la commodité du lecteur, dans le tableau suivant :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SYPHILIDE ULCÉREUSE ET DU CHANCRE SIMPLE.

Syphilide ulcéreuse.	Chancre simple.
I. — Commémoratifs : Pour certains cas, *spontanéité de développement* absolument significative.	I. — Ne succède jamais qu'à un *rapport contagieux* ; — et lui succède à très courte échéance.
II. — Trois signes éventuels :	
1° Pas d'adénopathie symptomatique ; en tout cas, jamais d'adénite aiguë, vivement inflammatoire.	1° Parfois accompagné d'une *adénite aiguë*, vivement inflammatoire et à tendance suppurative.
2° Parfois *configuration arciforme*, en demi-lune, en croissant.	2° Jamais de configuration arciforme.
3° En général, nombre plus discret de lésions ; — et lésions sensiblement égales entre elles comme proportions, non disparates en tout cas à la façon de celles qui constituent souvent une « famille » de chancres simples.	3° Souvent, lésions *multiples*, parfois même très multiples. Et, surtout, lésions souvent *inégales* comme développement en raison de leur inégalité d'âge. A savoir : grands chancres adultes ; — jeunes chancres plus petits ; — et chancres naissants, minuscules. Souvent aussi, caractéristique distinctive fournie par ces chancres naissants, qui se présentent *aussi creux que larges*.
III. — Signes objectifs :	
1° Bords moins accentués que ceux du chancre simple, sans entamure faisant arête.	1° Bords nets, découpés, *entaillés*, parfois à pic, parfois décollés.
2° *Fond lisse, égal, uni.* (Signe parfois presque décisif.)	2° Fond *inégal*, vermoulu, alvéolaire.
3° Coloration variable, quelquefois jaune ou jaunâtre, plus souvent rougeâtre ou d'un gris lardacé, en tout cas de ton plus ou moins sombre.	3° *Coloration jaune* ou jaunâtre, d'un ton clair, animé. (Signe quelquefois presque caractéristique pour un œil exercé.)
IV. — Absence du bacille de Ducrey dans le pus issu des lésions.	IV. — Présence, dans le pus, du *bacille de Ducrey*.
V. — Critérium expérimental : Auto-inoculation négative.	*Auto-inoculation produisant un chancre simple.*

Évolution. — Traitement. — Si les syphilides muqueuses des trois premiers groupes que nous avons étudiés jusqu'ici sont des accidents qui cèdent au traitement le plus simple et qui, littéralement, ne demandent qu'à guérir, il n'en est pas de même du quatrième type qui nous occupe actuellement. La syphilide ulcéreuse est de nature moins bénigne et moins docile au traitement. Elle persiste toujours un certain temps et ne cède qu'à une médication appropriée. Quelquefois même elle se montre assez rebelle, ce qui n'est pas sans

faire contraste avec la curabilité si facile des syphilides érosives ou papulo-érosives.

Sans parler du traitement général, la médication à lui opposer consiste en ceci : bains tièdes, fréquemment répétés (tous les deux jours, pour le moins, au début) ; — bains de siège, biquotidiens ; — ablutions fréquentes, avec décoction de guimauve ; — pansements soigneusement faits et renouvelés trois fois par jour avec tamponnets d'ouate hydrophile imbibés d'une solution *faible* de nitrate d'argent. La solution titrée au centième m'a paru la mieux appropriée.

Si le contact permanent de la solution argentique semble un peu irritant, je procède d'une autre façon, à savoir : matin et soir, badigeonnage des ulcérations avec un pinceau d'aquarelle imbibé de ladite solution, et pansement avec ouate sèche.

L'iodoforme, auquel il est souvent difficile d'avoir recours en raison de son insupportable odeur, est très efficace en l'espèce. On l'applique en poudre sur toute l'étendue des plaies, que l'on recouvre ensuite d'ouate ; — besoin est seulement d'un pansement par jour, sauf dans les cas de suppuration abondante.

Parfois l'iodoforme est mal toléré de la sorte. Recourir alors à la pommade iodoformée (1/10), qui est toujours mieux acceptée.

La pommade au calomel (1/10) peut être aussi d'un utile emploi.

Nombre d'autres topiques ont été proposés : teinture d'iode étendue, tartrate ferrico-potassique, quinquina, poudre de calomel, onguents mercuriels, dermatol, traumatol, diiodoforme, aristol, etc., etc. J'ai souvent eu recours à tel ou tel de ces agents, comme à tant d'autres encore que j'oublie, sans leur reconnaître de réels avantages.

Enfin, à la période terminale, lorsque les plaies bourgeonnent, cautérisation au crayon de nitrate d'argent, tous les trois ou quatre jours. — Supprimer alors les pommades et les solutions, pour s'en tenir à des pansements *secs*, les plus utiles à cette période : ouate sèche, ou bien topiques pulvérulents inertes (sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, talc, etc.), recouverts d'ouate.

Telles sont les quatre formes élémentaires, primordiales, auxquelles peuvent être rattachées les variétés multiples que comportent les syphilides vulvaires.

Quelques détails vont maintenant compléter l'étude de ces lésions.

Variétés.

On pourrait les multiplier à l'infini. Je me bornerai à citer ici les principales.

1° **Types associés.** — Les quatre types de syphilides vulvaires précédemment décrits ne sont pas exclusifs les uns des autres. Loin de là. Ils peuvent se combiner, s'associer, ou même, disons mieux,

ils se combinent, ils s'associent très fréquemment. Rien de plus commun, par exemple, que d'observer simultanément à la vulve des syphilides érosives et des syphilides papuleuses, des syphilides papuleuses et des syphilides papulo-hypertrophiques, des syphilides hypertrophiques et des syphilides ulcéreuses, etc. Il n'est même pas impossible de trouver ces quatre types réunis.

A remarquer cependant que la syphilide ulcéreuse, bien que pouvant s'associer à d'autres formes, se prête bien moins que les trois autres à ces combinaisons polymorphes. Bien plus souvent elle fait bande à part et s'individualise, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire se manifeste isolément, à l'état de type exclusif.

D'autre part, il est très habituel que les syphilides muqueuses vulvaires coexistent avec des syphilides cutanées des portions cutanées de la vulve ou des régions voisines.

De là possibilité d'un certain *polymorphisme*, qui fait pendant au polymorphisme si commun des formes éruptives cutanées.

2° **Variétés de couleur.** — Les syphilides vulvaires, au lieu de se présenter avec leur teinte habituelle d'un rose foncé ou d'un rouge un peu sombre, peuvent affecter diverses colorations qui en modifient complètement l'aspect. C'est ainsi qu'elles se revêtent parfois d'enduits grisâtres ou blanchâtres qui en recouvrent toute la surface. Elles sont dites alors papules *opalines*. — Il n'est même pas rare que ces enduits soient assez épais pour ressembler à des fausses membranes, devenir lamelliformes, et donner à la papule une teinte d'un gris sale, voire (mais exceptionnellement) d'un blanc mat, opaque, rappelant assez exactement le ton de la porcelaine (papules dites *porcelaniques*). C'est à ce dernier ordre de lésions, véritablement couenneuses d'aspect, que certains auteurs ont donné le nom de papules *diphthéritiques*. Mieux vaudrait dire *diphthéroïdes*, je crois, pour ne pas importer ici une qualification empruntée à une entité morbide toute spéciale, la diphthérie, laquelle n'a rien à faire ici.

Comme merveilleux spécimen de cette variété, on peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis (Collect particul., n° 368) des papules vulvaires observées sur une jeune négresse. Absolument blanches, blanches comme du lait, ces papules forment un étrange contraste avec la coloration noire des téguments.

D'autres fois, les syphilides vulvaires se recouvrent par places d'enduits jaunâtres semblables à une nappe de miel ou de pus concret. Ces enduits singuliers, dont la nature reste encore à déterminer, s'observent surtout chez les jeunes sujets, notamment chez les enfants. En se concrétant au niveau des portions cutanées de la vulve, ils forment des croûtes jaunâtres, rappelant assez bien l'aspect de l'impétigo.

3° **Syphilide papuleuse caliciforme.** — En d'autres cas, la

variété dérive d'une modification de forme. Ainsi, parfois la papule muqueuse, au lieu d'être constituée par un petit plateau légèrement convexe, se déprime à son centre en forme de cupule, de lampion, de calice. On lui donne alors le nom de papule *ombiliquée* ou *caliciforme*. — Simple détail objectif qu'il suffit de mentionner.

4° **Syphilide papulo-ulcéreuse**. — Variété plus commune et beaucoup plus importante, consistant en ce que la papule, au lieu de rester érosive, *s'ulcère* véritablement. Il s'établit sur elle un travail de destruction moléculaire qui l'entame, qui la creuse et qui finit par la transformer, du moins sur une certaine portion de son étendue, en une lésion réellement ulcéreuse.

Ce processus ulcératif débute toujours par le centre de la papule et rayonne de là vers la circonférence. Tantôt il se limite à la zone centrale, tantôt il envahit une large portion, voire la presque totalité du plateau papuleux, dont le rebord en saillie figure une sorte de crête encadrant l'ulcération (1).

L'ulcération ainsi constituée aux dépens de la papule peut rester assez superficielle, ou inversement se creuser jusqu'à atteindre 2 et 3 millimètres de profondeur. Elle ne s'attaque jamais qu'au néoplasme de la lésion, et laisse intacts les tissus voisins ou sous-jacents. — Comme attributs objectifs, elle n'offre aucun signe spécial qui lui donne un cachet particulier.

Lorsque ce processus de destruction moléculaire vient à affecter plusieurs papules contiguës ou réunies en nappe, il peut de la sorte donner naissance à des ulcérations assez étendues, occupant, par exemple, toute la hauteur d'une ou des deux grandes lèvres.

Il n'est pas sans intérêt de distinguer cette syphilide papulo-ulcéreuse de la syphilide ulcéreuse proprement dite. La première, en effet, dont l'ulcération se fait aux dépens d'un néoplasme épigénétique, guérit rapidement et sans stigmates ; tandis que la seconde, qui résulte d'une infiltration des téguments, est beaucoup plus résistante et susceptible de laisser des cicatrices.

5° **Variétés circinées**. — Peu communes, mais très remarquables et surtout très formelles comme signification diagnostique. — Elles ne s'observent que dans les types érosif et ulcéreux.

Ainsi :

I. La syphilide érosive se présente quelquefois sous forme soit d'anneaux à centre sain, de la dimension d'une bague environ, soit de demi-anneaux, de croissants, de demi-lunes. Une lésion de ce genre, que j'ai fait reproduire par l'aquarelle, représentait exactement un C aussi régulier, aussi correct comme dessin qu'un caractère d'imprimerie.

On a vu (mais c'est là une forme exceptionnelle) des syphilides

(1) Voy. un beau type de ce genre reproduit dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., Planche V, fig. 1.

arciformes se réunir bout à bout de façon à constituer une configuration générale *en arceaux conjugués* (1).

II. De même quelquefois la syphilide ulcéreuse affecte des graphiques circinés, spécialement arciformes.

Cette particularité de configuration n'est pas seulement curieuse. Elle comporte en outre un intérêt diagnostique réel, et voici pourquoi. C'est qu'en effet *il n'est guère que la syphilis qui produise sur les muqueuses génitales des lésions à graphique annulaire ou arciforme.* Lors donc qu'on rencontre à la vulve une lésion de cet ordre, on peut presque sûrement, de ce chef seul, en affirmer la spécificité.

6° **Folliculites vulvaires**. — Bien que constituant une annexe plutôt qu'une variété des syphilides vulvaires, ces lésions ont ici leur place naturelle.

Anatomiquement, elles consistent en une infiltration néoplasique analogue à celle qui constitue les papules cutanées ou muqueuses, infiltration qui se localise autour des follicules vulvaires, plutôt encore que dans les parois et le tissu même de ces petits organes. Ce sont donc, à vrai dire, des *périfolliculites* plutôt que des folliculites.

Cliniquement, elles sont constituées (du moins en apparence) par un développement hypertrophique du follicule qui s'accuse ainsi :

Sur la face externe des grandes lèvres ou sur leur bord libre, production de petites tumeurs *pisiformes*, figurant autant de saillies convexes, à relief régulièrement *hémisphérique*, et affectant le volume d'une tête d'épingle, quand elles sont jeunes, ou d'un gros pois, quand elles ont acquis leur complet développement.

Ces petites tumeurs sont rosées ou rougeâtres, sèches, et recouvertes par un épiderme intact ou légèrement squameux.

Elles sont pleines, solides, résistantes, constituées évidemment par un exsudat concret ou par un néoplasme.

Elles se développent sans douleur, et restent absolument indolentes au toucher, voire à la pression, pendant toute leur durée.

Généralement elles sont multiples. On en compte le plus souvent de trois à six. Il en existe parfois davantage, huit, dix, douze, et même, par exception, jusqu'à quinze ou vingt. Inversement, on peut n'en rencontrer qu'une ou deux, mais cela est assez rare.

Tantôt ces tumeurs sont isolées et distinctes. Tantôt elles sont réunies côte à côte par groupes de deux, de trois, de quatre. Elles peuvent alors se confondre par leur base, en restant indépendantes par leur sommet.

Au premier coup d'œil, on ne sait trop ce que peuvent être ces petits mamelons hémisphériques, et l'on serait tenté de les prendre ou pour des papules un peu plus petites et plus convexes que de

(1) Voy. Ouvrage précité, Planche VII, fig. 1.

coutume, ou pour des végétations de forme verruqueuse. Mais, si l'on vient à les examiner avec un peu d'attention, on ne tarde pas à y découvrir une particularité qui dissipe aussitôt toute incertitude et détermine nettement la nature de ces lésions. En effet, au sommet et au centre même de chacun de ces mamelons, on aperçoit toujours une petite *dépression punctiforme*, analogue à celle que laisserait sur un morceau de cire la piqûre d'une aiguille, et semblant être le pertuis d'un orifice glandulaire. De plus, assez habituellement, on voit émerger de ce pertuis un petit *poil*. Ce double détail est significatif. Il établit d'une façon péremptoire que la lésion intéresse un follicule.

Une fois constituée de la sorte, la folliculite persiste sans modifications d'aspect pour un temps toujours fort long, plusieurs mois en général. Que deviendrait-elle, et que durerait-elle, si elle n'était pas traitée? Je l'ignore. Mais ce que je sais, c'est que, même traitée, elle se montre singulièrement rebelle. On a souvent peine à en débarrasser les malades. J'ai essayé contre elle de nombreux topiques sans aboutir à rien de bien satisfaisant. Ce qui réussit — je ne dirai pas le mieux, mais le moins mal — c'est de la barbouiller tous les jours avec un pinceau chargé de teinture d'iode. Encore ces badigeonnages n'ont-ils qu'une action très lente. Reste, il est vrai, la ressource de l'excision, à laquelle on peut avoir recours lorsque les choses traînent en longueur.

Variétés. — Dans une forme plus rare, la folliculite aboutit à suppuration. Une croûte jaunâtre se forme alors à son sommet. Détachée, cette croûte découvre une petite ulcération assez creuse, *cratériforme*, circonscrite par un rebord saillant.

De véritables ulcérations vulvaires (**folliculites ulcéreuses**) peuvent résulter de cette fonte purulente de la folliculite. Elles n'ont jamais qu'une étendue minime (2 à 3, 4 millimètres de diamètre en moyenne) et sont facilement reconnaissables tant à leurs dimensions exiguës qu'à leur contour régulièrement cerclé et à leur aspect cratériforme.

Il est certains cas toutefois où ces folliculites suppuratives aboutissent à constituer des ulcérations assez vastes, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes ou d'une amande. Cela s'observe lorsque plusieurs de ces lésions contiguës viennent à s'abcéder et à subir le processus ulcératif (**folliculites ulcéreuses agminées**). — J'ai eu dans mon service une malade qui présentait au bas de la grande lèvre gauche un groupe de huit folliculites contiguës. Ces folliculites, d'abord sèches, vinrent à suppurer, puis s'ulcérèrent ; leurs ulcérations se réunirent, et de là finalement résulta une plaie unique, qui mesurait environ 2 centimètres en longueur sur 1 centimètre et demi de large. Cette plaie était assez creuse. Elle ne présentait, comme signes tant soit peu spéciaux, que des bords relevés en forme de crête et, sur quelques points de son contour, de petits segments

de circonférence, vestiges de la forme circulaire des folliculites situées à la périphérie du groupe. A cela près, on l'eût facilement confondue soit avec la syphilide ulcéreuse commune, soit avec le chancre simple, soit même avec toute autre ulcération, et j'aurais été certes fort embarrassé pour en déterminer la nature si je n'avais assisté à son début et à ses diverses phases d'évolution.

(Je recommande à l'attention ces diverses variétés de lésions folliculaires, qui, encore peu connues, sont l'origine de fréquentes erreurs diagnostiques.)

SYPHILIDES VAGINALES ET UTÉRINES.

Fréquence. — Les syphilides du vagin et du col utérin sont extrêmement rares, surtout si on les compare à la prodigieuse fréquence des syphilides vulvaires. Il semblerait que l'anneau vaginal constitue une sorte de barrière à l'envahissement de ces lésions. En tout cas, ce n'est pas sans étonnement qu'il nous arrive presque chaque jour de constater au spéculum l'immunité du col et du vagin sur des femmes dont la vulve et les régions périvulvaires sont criblées de syphilides.

Si rares cependant que soient ces lésions, elles le sont moins qu'on ne le dit et qu'on ne le croit en général. Et cela, pour une raison très simple ; c'est que, pour trouver ces lésions, *il faut les chercher*. Or, on ne s'astreint pas toujours à visiter au spéculum une femme syphilitique, et moins encore à répéter cet examen d'une façon assidue. De sorte que les syphilides génitales internes, ne s'accusant d'ailleurs par aucun phénomène et ne déterminant aucune douleur, échappent souvent à l'observation.

Dans nos hôpitaux spéciaux, où nous nous tenons à l'abri de cette cause d'erreur en examinant toutes nos malades au spéculum une fois par semaine, nous avons l'occasion de temps à autre de constater des syphilides sur le vagin et sur le col. Au reste, les chiffres suivants, empruntés à mes relevés de Lourcine, montreront d'une façon précise la fréquence relative de ces accidents par rapport aux mêmes lésions développées sur la vulve :

Syphilides muqueuses de la vulve	522 cas.
Syphilides du col utérin	25 —
Syphilides du vagin	9 —

C'est donc au vagin que les syphilides sont le plus rares, et même on peut dire que là leur rareté est vraiment excessive, extraordinaire. — Voyons, cependant, ce que l'observation apprend à leur égard.

I. — **Syphilides vaginales.** — Les syphilides qui affectent le vagin ne se produisent guère que sur deux points de cet organe :

1° Au niveau de l'anneau vagino-vulvaire (où elles sont tout aussi bien vulvaires que vaginales) ;

2° Dans l'ampoule supérieure du vagin.

Quant à la partie moyenne, au corps du vagin, elles y sont absolument exceptionnelles, si même on les y a jamais sûrement observées. Pourquoi cela ? Je l'ignore. Mais le fait est constant.

La symptomatologie de ces lésions secondaires du vagin est des plus simples, et quelques mots suffiront à la caractériser.

1° A l'anneau vulvo-vaginal, les syphilides muqueuses se présentent sous la forme érosive ou ulcéreuse. — Là, par une autre bizarrerie dont je n'ai pas le secret, la papule, la papule véritable, ne se produit pas ou ne se produit que d'une façon excessivement rare.

C'est en ce point encore que les syphilides de forme ulcéreuse offrent le plus de difficultés diagnostiques ; ce qui tient, d'une part, à ce qu'elles n'ont pas par elles-mêmes d'attributs formels, et, d'autre part, à ce que, sur cette région, le chancre simple (lésion qu'elles peuvent surtout simuler) affecte en général une physionomie bien moins accentuée, bien moins caractéristique, que sur les parties extérieures de la vulve. Il se montre là moins régulier que d'habitude comme contours, moins arrondi, moins creux, plus plat de bords, plus lisse de fond, etc.

2° Au niveau de l'ampoule vaginale, les syphilides secondaires n'appartiennent guère qu'à un seul type, le type papuleux. Elles s'y présentent sous forme de petites papules aplaties, érosives, rondes ou ovalaires, du diamètre d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes tout au plus. Elles sont parfois rosées, c'est-à-dire d'une couleur qui tranche peu sur celle du vagin. Plus souvent — et c'est même là leur caractère le plus saillant — elles sont blanchâtres, *opalines*, ou d'un blanc gris, gris jaunâtre, qui contraste avec la teinte de la muqueuse voisine. Assez fréquemment aussi leur contour est bordé d'un liséré rougeâtre ou carmin.

J'ai fait conserver par l'aquarelle deux spécimens de ces syphilides vaginales. Dans l'un et l'autre on distingue très nettement un groupe de papules assez nombreuses (7 dans un cas, 10 dans l'autre), occupant la paroi inférieure de l'ampoule vaginale. Ces papules affectent, pour la plupart, le diamètre d'une lentille; quelques-unes, agminées, atteignent l'étendue d'un haricot ou d'une feuille de trèfle. Elles sont toutes aplaties ; rosées dans un cas, elles affectent dans l'autre une teinte opaline ou légèrement jaunâtre. — A noter enfin que, dans l'un de ces cas, l'éruption papuleuse vaginale coïncidait avec une éruption semblable développée sur le col utérin.

II. — Les **syphilides du col utérin** se présentent sous les trois formes suivantes : forme érosive, forme papuleuse, forme ulcéreuse.

1. — La forme *érosive* est constituée par des érosions superficielles,

véritables exfoliations épithéliales comparables à celles de la balanite. Ces érosions sont généralement petites, limitées, lenticulaires, rougeâtres ou d'un rouge purpurin qui tranche sur la coloration physiologique du col. Quelquefois, mais plus rarement, elles sont grisâtres, opalines. Comme caractères objectifs, elles ne présentent rien de spécial (à part ce dernier détail de couleur) qui puisse les différencier sûrement des érosions vulgaires (1).

Aussi, pour nombre de cas, la nature syphilitique de ces érosions ne saurait-elle être que *suspectée* seulement. Elle ne peut être affirmée — encore avec une certaine réserve — que dans les deux conditions suivantes :

1° Lorsque ces érosions sont situées d'une façon *excentrique* par rapport à l'orifice du col ;

2° Lorsqu'elles affectent la *forme cerclée* ou *semi-annulaire*, et cela d'une façon bien nette, bien catégorique.

D'une part, en effet, les érosions non spécifiques du col ont pour habitude de siéger au centre même du museau de tanche et de rayonner de l'orifice utérin. Le seul fait, pour une érosion, d'être localisée *en dehors* de cet orifice suffit à la rendre quelque peu suspecte. Mais ce n'est là, bien entendu, qu'une présomption qui demande à être confirmée par d'autres caractères, et l'on conçoit de reste qu'un tel signe ne comporte rien d'absolu.

D'autre part, il est bien rare que les érosions vulgaires du col s'astreignent à la forme cerclée, surtout lorsqu'elles sont situées en dehors de l'orifice, et plus rare encore qu'elles prennent la forme semi-annulaire. Il n'est guère que les syphilides utérines qui affectent parfois cette disposition spéciale.

II. — La forme *papuleuse* est plus aisément reconnaissable.

Elle consiste en des papules tout à fait semblables aux papules d'autres régions, c'est-à-dire en de petits disques, de petits plateaux quelque peu surélevés au-dessus de la muqueuse. Ces papules sont assez fréquemment cerclées, ovalaires, elliptiques. Elles ont en général l'étendue d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes; mais, lorsque plusieurs viennent à se confondre, elles peuvent occuper un quart, un tiers même de la surface du col. Elles sont lisses, érosives, rarement rosées, et plus habituellement au contraire remarquables par une teinte assez spéciale, la teinte *gris-perle*. Presque toujours, en effet, — particularité digne de mention — ce sont des papules *opalines* ou d'un blanc bleuâtre qu'on observe sur le col, comme le démontrent diverses pièces déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis (nos 126, 215, etc.). Parfois même, ces lésions offrent une teinte d'un blanc mat et laiteux (papules dites *diphthéroïdes*).

(1) Voy. Planche VII de mon livre sur *la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édition.

Il n'est pas rare de ne rencontrer qu'une seule de ces lésions. Plus souvent, toutefois, il en existe deux, trois ou même quatre, bien distinctes, bien isolées. J'en ai vu jusqu'à dix dans un cas.

Quand elles sont aussi multiples, presque toujours elles aboutissent à ne plus former, en se fusionnant, qu'une, deux ou trois nappes à contours sinueux, composés d'une série d'arcs de cercle.

Ces papules utérines peuvent se produire sur tous les points du col. Lorsqu'elles sont situées en dehors de l'orifice du museau de tanche, elles sont facilement reconnaissables tant à leur situation excentrique qu'à leur forme circulaire, à leur saillie, à leur isolement, à leur coloration opaline, etc. Occupent-elles au contraire l'ouverture du col (siège habituel des érosions vulgaires, des granulations, des lésions diverses de la métrite commune), elles deviennent bien plus difficiles à diagnostiquer, et souvent alors il est très délicat, impossible même d'en affirmer la nature spécifique.

Enfin, ce que ces lésions secondaires du col utérin présentent de très remarquable, c'est leur *singulière curabilité*. Vient-on à les toucher avec le crayon de nitrate d'argent, ou même, sans les cautériser, se contente-t-on de les panser avec un topique inerte (tel que le tan ou l'oxyde de zinc), presque aussitôt elles disparaissent. Il y a plus : abandonnées à leur évolution *spontanée*, elles peuvent également guérir avec une facilité et une rapidité qui ne laissent pas d'être surprenantes. Cela, je l'affirme pour en avoir fait l'expérience plusieurs fois (bien entendu, sur des femmes *internées* à l'hôpital et non en condition par cela même de transmettre la contagion). A dessein, j'ai laissé sans traitement des syphilides érosives ou papuleuses du col, me bornant à prescrire quelques injections d'eau, et j'ai vu parfois ces lésions disparaître *sponte suâ* dans un très court espace de temps.

C'est là, à coup sûr, un fait des plus curieux, curieux en soi d'abord, et curieux aussi parce qu'il nous donne l'explication probable de certaines contagions vraiment extraordinaires. Voici ce à quoi je fais allusion. Il arrive parfois que des femmes syphilitiques, se sachant syphilitiques et s'observant avec le soin le plus minutieux, s'abstenant de tout rapport au moment où elles suspectent sur elles la moindre lésion contagieuse, n'en aboutissent pas moins à transmettre la syphilis. Dès qu'elles sont accusées d'avoir transmis la maladie, ces femmes accourent chez leur médecin, qui les examine et qui, à son grand étonnement, ne trouve rien de pathologique sur elles, rien qui ait pu motiver une contamination. Comment donc, en pareille circonstance, la contagion s'est-elle exercée? Je ne saurais le dire, assurément. M'est avis néanmoins qu'elle pourrait bien dériver, au moins pour certains cas, d'une syphilide utérine, *spontanément guérie* à l'époque où l'examen a été pratiqué. — On dira avec toute raison que le col utérin n'est pas certes le seul point où une lésion contagieuse puisse rester méconnue et guérir *sponte suâ*. Mais on ne

pourra nier qu'il ne soit le point par excellence où un accident de ce genre a le plus de chance de passer inaperçu, comme aussi de se juger et de disparaître *sponte suâ* le plus rapidement.

Inutile d'ajouter que les syphilides érosives et papulo-érosives du col utérin ne laissent jamais traces de leur passage. — Jamais non plus, détail négatif assez curieux, je ne les ai vues bourgeonner comme à la vulve, constituer de grosses tubérosités végétantes et passer, en un mot, à la forme dite hypertrophique.

III. — Les syphilides véritablement *ulcéreuses* du col utérin (1) sont peu communes. Une raison, toutefois, peut contribuer à les faire paraître plus rares qu'elles ne le sont en réalité ; c'est que, dépourvues en général de caractères nettement distinctifs, elles courent grand risque d'être souvent confondues avec des ulcérations vulgaires, non spécifiques.

Elles consistent, d'après quelques cas peu contestables que j'en ai pu observer, en des ulcérations peu profondes, entamant bien le col, mais seulement d'une façon assez superficielle ; — occupant de préférence les parties centrales du museau de tanche ; — variables comme dimensions entre l'étendue d'une amande et celle d'une pièce d'un franc ; — rougeâtres ; — lisses, unies, et différant en cela, par conséquent, des lésions granuleuses que l'on observe souvent au même siège ; — mais ne présentant en somme rien de bien spécial, moins encore rien de pathognomonique. — J'ai vu, dans un cas, une de ces ulcérations, parfaitement reconnaissable à son contour composé d'une série d'arcs de cercle, présenter une teinte d'un blanc opalin qui contrastait singulièrement avec la coloration rosée du col. — Dans un autre cas, une ulcération semblable, rayonnant de l'orifice du col, s'était étendue à presque toute la surface de cet organe.

Lorsque ces lésions affectent soit une teinte, soit une configuration particulière, on a motif pour en soupçonner le caractère spécifique. Mais en bien des cas, je le répète encore, aucun signe quelque peu spécial ne vient éclairer l'observateur, et la nature syphilitique de ces ulcérations ne peut être établie d'une façon rationnelle et probable que sur les considérations suivantes. La plupart des affections ulcéreuses de l'utérus, d'origine inflammatoire, catarrhale ou autre, ont pour caractères habituels de s'accompagner d'une certaine tuméfaction, voire d'une véritable hypertrophie du col, d'une sensibilité morbide de l'organe, de douleurs utérines ou péri-utérines avec irradiations rénales, abdominales, inguinales, etc., de troubles menstruels, d'hémorrhagies, d'écoulements muco-purulents, etc. Or, *les syphilides utérines ne comportent pas cet ensemble de symptômes*. Si donc, sur une femme syphilitique, vous rencontrez une ulcération utérine développée *en l'absence de tout trouble utérin*, tenez par cela même cette

(1) Voy., au musée de l'hôpital Saint-Louis (Collection particulière), une série de pièces relatives à ces lésions.

ulcération pour suspecte. Sans pouvoir encore en affirmer la nature spécifique, méfiez-vous de cet accident; surveillez-le ; proscrivez énergiquement tout rapport, dans la crainte d'une contagion, et attendez que l'évolution ultérieure de la lésion vienne fixer le diagnostic.

Cette évolution, en effet, sera souvent assez significative pour couper court à toute incertitude. Chacun sait quelle marche lente et même chronique affectent les ulcérations inflammatoires ou catarrhales du col. Or, bien différentes à ce point de vue sont les syphilides utérines, même celles de forme ulcéreuse. Cautérisez-les, badigeonnez-les à la teinture d'iode, pansez-les soit avec un topique indifférent (tel que l'oxyde de zinc), soit avec un tampon de charpie imbibée d'une solution faible de nitrate d'argent, et *très rapidement* en général vous verrez ces ulcérations se modifier, se réparer, rétrocéder, finalement aboutir à cicatrisation. Une résolution aussi singulièrement hâtive constitue presque un critérium qui permet d'affirmer, sans grand risque d'erreur, la spécificité de ces lésions.

COMPLICATIONS. — Souvent, très souvent, les syphilides vulvaires, cutanées ou muqueuses, se produisent et évoluent à froid, sans rayonnement périphérique, c'est-à-dire en laissant indifférents les tissus qui les supportent ou qui les avoisinent. Mais en certains cas, inversement, elles provoquent autour d'elles des phénomènes de réaction locale et d'irritation symptomatique. Elles aboutissent alors à constituer des *complications* plus ou moins intenses, plus ou moins sérieuses, suivant les cas.

En quoi consistent ces complications?

I. — La plus simple de toutes, et aussi la plus commune, est ce qu'on peut appeler l'**érythème de voisinage**. Elle consiste en ceci : Au pourtour des syphilides et dans une étendue variable, production d'une aréole rougeâtre, sub-inflammatoire, sorte de fluxion vulvaire périphérique. Rien de sérieux à cela, rien qui nécessite des soins spéciaux.

II. — Mais souvent aussi cette aréole inflammatoire se transforme en un véritable **intertrigo**, plus rouge qu'un érythème simple, notablement prurigineux, extensif, et susceptible d'envahir toute la vulve, le périnée, les régions génito-crurales, la face interne des cuisses, etc.

De plus, incessamment baigné par des sécrétions irritantes, cet intertrigo peut se compliquer à son tour, s'exulcérer par îlots, s'enflammer, bourgeonner, et se convertir en de vastes nappes érosives, rougeâtres ou livides, suppurantes, douloureuses, sillonnées de fissures ou *rhagades* parallèlement aux plis tégumentaires.

III. — Fréquemment encore l'inflammation symptomatique des syphilides vulvaires se traduit par de l'**œdème**. Cet œdème est particulièrement commun aux grandes et aux petites lèvres.

IV. — Quelquefois aussi le processus phlegmasique, venant à retentir sur le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, détermine de petits **phlegmons circonscrits**, lesquels peuvent (mais rarement) aboutir à suppuration et former des *abcès tubériformes*.

V. — Plus rarement, le retentissement inflammatoire s'exerce sur les ganglions ou sur les cordons lymphatiques. — Les ganglions inguinaux « se prennent » alors, comme on dit vulgairement, se tuméfient et s'indurent, mais en restant presque toujours indolents et aphlegmasiques. Ils constituent de la sorte des *adénopathies* froides, présentant l'ensemble des caractères communs aux bubons syphilitiques, caractères déjà signalés à propos des pléiades chancreuses et que nous retrouverons bientôt en parlant des adénopathies secondaires. — De même les cordons lymphatiques, lorsqu'ils viennent à s'affecter, se tuméfient et s'indurent sans cesser pour cela d'être indolents. Ils offrent le volume et la forme d'une plume de corbeau, et deviennent facilement appréciables au toucher sous les téguments. On peut souvent les suivre avec le doigt dans toute l'étendue de la région génito-crurale sous forme de petites cordes dures, de « bouts de ficelle », qui remontent en diagonale vers la région de l'aine (*lymphangites secondaires*).

VI. — En d'autres cas, il se produit à la vulve une lésion peu connue, non encore décrite, presque spéciale, et sur laquelle en conséquence je dois appeler l'attention.

Cette lésion consiste en une tuméfaction avec *rénitence* singulière des parties, rénitence comme parcheminée, rappelant assez exactement la dureté du sclérème, et que pour cette raison j'ai baptisée du nom d'**induration scléreuse**. — Voici ce qu'on observe.

Les grandes ou les petites lèvres se tuméfient, tout en restant indolentes, acquièrent un volume double, triple ou quadruple de leurs proportions normales, et en même temps *durcissent* d'une façon étrange. La dureté qu'elles présentent dans ces conditions n'est ni celle de la tension œdémateuse qui se laisse déprimer par le doigt, ni celle de l'engorgement inflammatoire à rénitence pâteuse. C'est une sorte de dureté *sui generis*, sèche, élastique, non dépressible, parcheminée ; c'est la dureté du *sclérème*, en un mot, car je ne saurais trouver de comparaison meilleure pour la définir. — Cette rénitence anormale ne fait pas que doubler la base des syphilides ; elle la dépasse, elle la déborde, elle s'étale sur leur périphérie, au point d'envahir partie ou totalité d'une grande ou d'une petite lèvre. — Elle est indolente au toucher, ce qui témoigne de son caractère aphlegmasique. — Enfin, elle s'accompagne souvent, mais non toujours, d'une certaine modification de teinte des parties; les grandes lèvres affectées de la sorte prennent généralement un ton rose sombre, et les petites une coloration d'un rouge assez vif.

Rien de plus étonnant qu'une telle lésion à première vue; rien

de plus singulier qu'un tel état de la vulve, offrant au toucher des parties absolument rigides, qu'on croirait transformées *en carton* ou en parchemin.

Cette lésion s'observe surtout aux grandes lèvres, qui peuvent être affectées isolément ou toutes deux à la fois. Elle est plus rare sur les nymphes. Quelquefois encore, on la rencontre sur le capuchon du clitoris ou sur le clitoris même, qui prend alors, sans exagération, une véritable dureté de cartilage.

Je ne saurais dire en quoi consistent ces indurations scléreuses. Leur anatomie pathologique n'est ni faite ni même ébauchée. Par analogie, on a quelque droit de supposer qu'elles sont constituées par des lymphangites plastiques sous-cutanées ou sous-muqueuses, lymphangites *réticulaires*, analogues à celles qui déterminent parfois des nappes rénitentes de la peau. Mais ce n'est là qu'une induction théorique.

Ce qu'il y a de certain, c'est que ces indurations scléreuses de la vulve, une fois développées, durent assez longtemps. Elles persistent plusieurs semaines pour le moins avant de se résoudre. J'en ai vu même d'assez étendues ne disparaître qu'après trois ou quatre mois. Mais toujours, plus ou moins lentement, il est vrai, elles arrivent à se résoudre, et je ne sache pas qu'elles soient susceptibles d'un autre mode de terminaison.

VII. — Une résultante commune de toutes les complications qui précèdent consiste en des modifications plus ou moins accentuées des formes naturelles de la vulve.

Ces **déformations vulvaires**, suites de syphilides, comportent des types nécessairement variés suivant les points où elles se produisent. Ce qu'elles présentent de réellement curieux, c'est d'affecter en certains cas des proportions tout à fait extraordinaires, au point de devenir véritablement *monstrueuses*.

On les rencontre sur toutes les régions de la vulve, mais c'est surtout au niveau des lèvres qu'elles prennent les dimensions les plus surprenantes et les aspects les plus bizarres.

Les petites lèvres, par exemple, peuvent s'épaissir et se gonfler d'une façon considérable, s'ériger en crêtes rigides ou s'œdématier en boudins turgescents, distendues qu'elles sont outre mesure par une infiltration séreuse. Il n'est pas rare de voir l'une d'elles ou mêmes toutes les deux constituer d'énormes bourrelets, qui, semblables à des sangsues gorgées de sang, sortent de la vulve et pendent entre les cuisses. Ces bourrelets se tordent parfois sur leur axe, se replient sur eux-mêmes, se tortillent en tire-bouchons, et prennent les formes les plus étranges. Dans un cas des plus curieux, qui a été relaté et figuré par le Dr Spillmann (Thèse inaugurale, 1869), j'ai vu une petite lèvre, énormément tuméfiée et déformée par une infiltration scléro-œdémateuse, constituer au-devant de la vulve une

tumeur piriforme, du volume d'une grosse poire d'Angleterre. Cette tumeur fermait absolument la vulve, masquait les grandes lèvres, et figurait un nouvel organe, une sorte de production anormale appendue à la région. Il nous fallut y regarder à plusieurs fois pour nous rendre compte de la disposition anatomique des parties et pour reconnaître une des petites lèvres dans cette sorte de polype prévulvaire.

Plus souvent encore ce sont les grandes lèvres qui subissent ces altérations de forme. Elles deviennent parfois *gigantesques*, à savoir de la grosseur d'une tranche de melon, d'un citron, d'une orange! Lorsque l'une d'elles seulement est affectée de la sorte, elle forme une tumeur qui chevauche sur la lèvre opposée et oblitère complètement la vulve. Si toutes deux sont prises de compagnie, elle s'accolent l'une à l'autre, se compriment et s'aplatissent réciproquement par leurs faces opposées, de façon à figurer exactement, à la fois comme volume et comme forme, *deux côtes de melon* séparées par un sillon vertical.

Quand ces déformations atteignent un aussi haut degré, elles arrivent sans peine à primer comme importance les lésions originelles dont elles ne sont qu'un résultat, qu'un épiphénomène. Elles *survivent* d'ailleurs aux syphilides qui les ont provoquées et persistent toujours un temps assez long. Sont-elles d'origine inflammatoire ou œdémateuse, elles peuvent disparaître en quelques semaines; mais résultent-elles d'une infiltration scléreuse, elles ne demandent pas moins de deux, trois ou quatre mois, voire quelquefois davantage, pour s'effacer complètement.

Enfin, pratiquement, ce qu'il importe de savoir, c'est que de telles lésions, si considérables, si monstrueuses qu'elles puissent être, ne comportent *aucune gravité*. Elles ne sont jamais que passagères; elles arrivent toujours à se résoudre et à laisser se rétablir les formes naturelles de la vulve. Il n'y a donc pas lieu de s'en effrayer. Il n'y a pas lieu surtout d'instituer contre elles un traitement chirurgical, comme je l'ai cependant vu faire en deux regrettables circonstances. Ce serait folie — et cette folie néanmoins a été commise — d'attaquer par une opération quelconque, d'exciser ou même de cautériser ces intumescences vulvaires résultant de néoplasmes spécifiques, d'œdème, d'infiltration scléreuse, etc. Car, je le répète encore, ces intumescences, ces déformations se résolvent et s'effacent *toujours* sous l'influence des traitements les plus simples. Il suffit pour les guérir d'un peu de temps (plus ou moins, suivant les cas) et de beaucoup d'hygiène, avec quelques soins combinés de la façon suivante : repos ; — bains répétés coup sur coup, de deux jours l'un environ ; — ablutions, injections vaginales fréquentes; — pansements assidus, dirigés contre les syphilides, cause originelle de ces complications ; — applications résolutives ou, si besoin est, légers badigeonnages à la teinture d'iode sur les parties affectées d'engouement

chronique ou d'induration persistante, etc. — Cela, aidé de la médication générale, suffit amplement, dans tous les cas, à faire justice des divers accidents dont je viens de parler.

SYPHILIDES MUQUEUSES GÉNITALES CHEZ L'HOMME.

Les détails que je viens de consacrer aux syphilides génitales de la femme me permettront d'être bref sur les syphilides génitales de l'homme, car celles-ci sont calquées sur celles-là, à cela près de quelques différences de second ordre.

D'abord, de même que chez la femme, les régions cutanées des organes génitaux masculins sont très souvent le siège de syphilides de modalité sèche, à savoir de taches érythémateuses ou érythémato-squameuses, de papules de toutes dimensions, de papulo-squames, de papulo-croûtes, etc. — Il y a plus même. C'est que des syphilides de cet ordre peuvent également se montrer sur le département muqueux ou semi-muqueux de la région. Ainsi, il n'est pas rare — tout spécialement chez les sujets circoncis ou à prépuce court — de rencontrer sur le gland de simples taches érythémateuses (*roséole du gland*) ou bien des papules absolument sèches.

En second lieu, les syphilides muqueuses de cette région se présentent sous les *quatre types usuels* des syphilides muqueuses, à savoir : le type *érosif* ; — le type *papulo-érosif*; — le type *papulo-hypertrophique* ; — et le type *ulcéreux*.

A la vérité, ces divers types sont très inégaux comme fréquence et se différencient à cet égard de ce qui est d'observation chez la femme. Je précise.

I. **Type érosif.** — De tous le plus commun. Celui-ci s'observe avec une extrême fréquence sur tous les départements des organes génitaux masculins. — Il a, de plus, quelques sièges de prédilection par excellence, à savoir : en première ligne, la rainure glando-préputiale, puis la surface du gland, et la muqueuse préputiale.

Il se caractérise par ces petites lésions érosives, superficielles, plates, rouges, souples de base, etc., que j'ai suffisamment décrites chez la femme pour n'avoir plus à y revenir.

Ces lésions sont plus ou moins nombreuses suivant les cas. Généralement on en trouve plusieurs (quatre, cinq, six, par exemple) sur le gland, la rainure et le prépuce. Mais elles peuvent se réduire à trois, à deux, voire parfois à une seule.

Assez habituellement, elles sont facilement reconnaissables à leur petite taille (dimension d'une lentille, en général), à leur contour bien défini, à leur orbicularité, à leur couleur rouge, etc. Mais il faut savoir que tous ces caractères sont sujets à variétés. Ainsi, à n'en prendre qu'un seul comme exemple, leur configuration est loin

d'être toujours régulière et cerclée. Elle se présente parfois tout autre, comme dans les deux conditions suivantes :

1° Alors que ces lésions siègent sur l'anneau inférieur du prépuce, notamment chez les sujets à prépuce étroit. — Là, en effet, elles affectent généralement la forme de longues *fissures* dirigées suivant l'axe de la verge et semblables à des gerçures, à des rhagades sanguinolentes, qui se déchirent à chaque tentative que fait le malade pour découvrir le gland. — Nulle différence possible à établir entre de telles lésions et des lésions d'ordre vulgaire, telles, par exemple, que les fissures du phimosis diabétique.

2° Alors que ces lésions siègent avec une certaine confluence sur a rainure glando-préputiale. — Et cela, parce que, si peu qu'elles y soient négligées, elles ne tardent pas à se compliquer d'érosions inflammatoires, balanitiques, qui s'unissent à elles et se confondent avec elles. Leur configuration propre se trouve alors complètement altérée dans cette sorte de lésion *mixte*, où, pour le dire par avance, il devient impossible de distinguer ce qui revient à la syphilis et ce qui lui est étranger.

Diagnostic. — Aussi bien, en nombre de circonstances, le diagnostic de ces syphilides érosives devient-il très délicat, si ce n'est même impossible quelquefois. — Pratiquement, trois lésions se présentent ici à différencier des syphilides érosives, à savoir :

1° Les *éraillures* ou écorchures traumatiques, qui sont si communes aux organes génitaux. — Elles peuvent absolument simuler les syphilides érosives. Généralement, toutefois, elles s'en différencient par leur configuration non régulière, non arrondie, tout au contraire effilée, allongée, à la façon d'une rupture traumatique.

2° L'*herpès*, qui parfois est un véritable Sosie pour les syphilides érosives de cette région. Le plus souvent, néanmoins, il s'en distingue par les caractères suivants : vésiculation initiale, en bouquet, avec ou sans vésicules aberrantes ; — persistance possible, à sa période érosive, de quelque vésicule en retard sur le gros de l'éruption primitive ; — multiplicité possible de lésions, parfois presque caractéristique ; — ténuité habituelle de certaines érosions isolées, dites miliaires, ne dépassant guère les dimensions d'une tête d'épingle ; — et surtout, par-dessus tout, *microcyclisme* de contour, signe précieux et souvent décisif sur lequel j'ai assez longuement insisté ailleurs (Voy. page 83) pour n'avoir plus qu'à l'énoncer ici.

3° Les *érosions balanitiques*, qui, elles aussi, sont merveilleusement faites pour simuler les érosions secondaires, comme aussi pour être simulées par elles. Elles ne s'en différencient guère que par des nuances objectives, à savoir : en ce qu'elles sont généralement plus nombreuses ; — plus étendues de surface ; — plus irrégulières de forme, sinueuses et véritablement *géographiques* de contour ; — plus rouges, plus carminées. Ajoutez qu'elles s'accompagnent d'une rou-

geur plus générale de toute la région et d'une suppuration plus abondante. C'est dire, en un mot, qu'elles sont de *type plus inflammatoire*.

Pronostic. — **Danger considérable de ces insignifiantes syphilides érosives au point de vue de la contagion.** — Par elles-mêmes, ces syphilides érosives génitales n'ont aucune importance; car ce sont des lésions très facilement et très rapidement curables. Mais, à un autre point de vue, il s'y rattache un intérêt considérable, de premier ordre. C'est qu'en effet ce sont là des lésions *essentiellement dangereuses pour autrui*. Et, si elles sont dangereuses par excellence pour autrui, elles le doivent précisément — qu'on comprenne bien ceci — à leur bénignité même et à leur insignifiance comme lésions. D'une part, elles peuvent facilement passer *inaperçues*, n'être même pas remarquées; et, d'autre part, alors même qu'elles sont remarquées, elles peuvent être *dédaignées* au titre d'inoffensifs bobos. Aussi bien les malades affectés de tels accidents s'exposent-ils sans défiance à les transmettre, et de là des contagions multiples issues de cet ordre de lésions.

Je l'ai dit bien souvent et ne me lasserai jamais de le répéter, **ce sont les accidents les plus légers de la période secondaire qui sont les plus dangereux au point de vue de la contagion.** En particulier, ce sont de tels accidents qui servent d'origine la plus fréquente aux contagions qui se produisent dans le mariage. Et cela se conçoit de reste. Un mari, en effet, ne contagionne pas sa femme à la façon dont une prostituée, qui se sait malade, contagionne un passant; il ne lui transmet jamais la syphilis que par ignorance de son mal ou ignorance sur la qualité de son mal, c'est-à-dire par mégarde ou par surprise. Donc, il ne peut la lui transmettre que par l'intermédiaire d'accidents assez bénins, assez minimes, pour qu'il ait pu ou bien n'en avoir pas notion ou bien n'en pas soupçonner la nature.

Cela est tellement vrai que des maris prévenus des dangers qu'ils pouvaient faire courir à leur femme, aussi attentifs que possible à leur état de santé, s'observant, se surveillant avec une consciencieuse rigueur, ont pu se laisser surprendre par des accidents de l'ordre en question. Que dis-je! Des médecins même, juges autrement compétents, n'ont pas échappé à ce danger spécial dans leur ménage. A preuve, entre autres exemples que j'aurais à citer, la navrante aventure d'un de nos plus éminents confrères qui, en dépit d'une surveillance méticuleuse exercée sur lui-même, n'en a pas moins abouti à contagionner sa femme par le fait d'une minuscule érosion génitale ne dépassant pas comme étendue le diamètre d'une tête d'épingle (1)!

(1) Ce fait est trop instructif pour que je ne lui accorde pas place ici. Le voici, en quelques mots.

Un médecin des plus distingués, un de ces hommes qui honorent notre profes-

II. **Type papulo-érosif.** — Infiniment moins commun que le précédent, il ne laisse pas cependant de se présenter de temps à autre soit sur le fourreau, soit sur le gland et la rainure glando-préputiale.

Sa caractéristique est exactement celle que j'ai décrite à propos de la même forme chez la femme; je ne m'arrêterai donc pas à la reproduire. — Une seule mention est due ici à la variété *diphthéroïde*, laquelle s'observe quelquefois avec les papules du gland et de la rainure. Ces papules se présentent alors avec une teinte opaline, blanchâtre ou même parfois d'un blanc mat, d'un blanc porcelanique (papules dites *porcelaniques*). Un beau spécimen du genre a été déposé par M. le Dr Besnier au musée de l'hôpital Saint-Louis.

III. **Type papulo-hypertrophique.** — Tout à fait exceptionnel. Il n'a guère été observé qu'au niveau de la rainure, chez des sujets étrangers à tout soin de propreté.

IV. **Type ulcéreux.** — De fréquence tout au plus moyenne. — Appartient surtout aux étapes avancées de la période secondaire.

Très curieux et très important, au point de vue doctrinal, en raison de son excessive analogie objective avec le chancre simple. Il me faudrait répéter ici mot pour mot ce que j'en ai dit à propos des syphilides de même forme chez la femme, notamment en ce qui concerne les éléments et les difficultés de ce diagnostic différentiel. Je ne ferai qu'y renvoyer le lecteur (Voy. pages 445 et suiv.).

Syphilides muqueuses du scrotum et des régions périgénitales.

Très communes sur ces différents points et tout particulièrement sur le scrotum. — Identiques, comme modalités objectives, à toutes celles des organes génitaux. Je m'abstiendrai donc de les décrire et

sion autant par leur caractère que par leur talent, contracte la syphilis dans l'exercice de son art. Marié, il prévient sa femme aussitôt et s'observe avec un soin méticuleux. Chaque jour, matin et soir, il s'examine avec le plus grand soin. Et cependant, en dépit de toute sa vigilance, il n'aboutit pas moins à contagionner sa femme. D'ailleurs, écoutons-le nous raconter lui-même son malheur, dans une lettre qu'il m'a adressée à ce sujet.

« ...Un matin de l'année dernière, je fus épouvanté de constater à mon réveil, sur la rainure du gland, une petite tache à peine apparente, de la largeur d'une lentille, sèche dans presque toute son étendue, et seulement excoriative à son centre dans une surface comparable à une *tête d'épingle*. Je fus épouvanté, vous dis-je, parce que, dans la nuit même qui précéda cette découverte, j'avais eu un rapport avec ma femme. Et cependant je m'étais examiné, comme de coutume, la veille au soir... Or, ce fut cette misérable tache, cet insignifiant *bobo*, qui contagionna très certainement ma pauvre femme. Car, dans le délai classique, c'est-à-dire trois semaines plus tard, elle commençait à sentir « un bouton » à la vulve, et ce bouton devint un chancre... Que mon exemple ne soit pas perdu! Profitez-en, vous, mon cher ami, qui vous occupez d'études spéciales, pour bien dire à ceux qui vous écoutent comment peut se produire la contagion dans le mariage, pour les convaincre que cette contagion peut s'exercer par la lésion la plus légère, la plus inoffensive, assez inoffensive, assez légère pour avoir pu tromper l'œil défiant d'un mari honnête homme et d'un praticien attentif et prévenu... »

me bornerai seulement à relever ici quelques particularités qui leur sont afférentes. A noter, par exemple :

1° La fréquence véritablement remarquable des **formes circinées** sur le scrotum. Il est absolument commun (sans qu'on en puisse donner la raison) de rencontrer sur les bourses des syphilides de modalité circinée, sous forme d'anneaux, de segments de cercle ou, plus rarement, d'arceaux conjugués. Cette configuration peut échapper à un examen superficiel, en raison de l'état de retrait des téguments, mais elle devient tout aussitôt des plus évidentes quand on prend soin d'étaler les bourses et de les maintenir tendues quelques instants.

2° Une certaine tendance des syphilides scrotales à prendre la **forme eczématoïde**, et cela, sans doute, par addition de phénomènes inflammatoires, production d'un érythème desquamatif devenant bientôt exulcéreux, et incrustation superficielle des téguments au pourtour des lésions spécifiques. Il est de la sorte certaines syphilides scrotales qu'au premier abord il serait facile de prendre pour de simples eczémas de la région.

3° L'aspect quasi-**éléphantiaque** et véritablement hideux qu'est susceptible d'affecter le scrotum sous l'influence de complications inflammatoires issues de syphilides longtemps négligées. Ces syphilides, d'une part, ne tardent pas à former là des nappes hypertrophiques ; puis, d'autre part, les téguments s'enflamment secondairement, rougissent, prennent une teinte érysipélateuse, s'exulcèrent, s'ulcèrent, se fendillent, se crevassent ; — le tissu cellulaire alors s'œdématie ; — et les bourses, finalement, deviennent énormes, en même temps que de leur surface sourd en abondance une sérosité sanieuse, laquelle ou bien se concrète en croûtes jaunâtres, brunes, sanguinolentes, ou bien se répand sur la chemise et le pantalon. — Inutile de dire que les malades affectés de la sorte exhalent une odeur infecte.

Un autre détail régional assez curieux, qui se produit souvent dans les mêmes circonstances, consiste en l'**hypertrophie du raphé périnéal**, lequel, violemment enflammé et hyperplasié, aboutit à former une crête surélevée, rouge, érodée, fissurée et suintante. On a vu cette crête mesurer un demi-centimètre, 1 centimètre et jusqu'à 2 centimètres et demi de hauteur (Mauriac).

4° A noter encore l'aspect assez particulier que prennent les syphilides muqueuses sur les deux points suivants :

Au niveau du *pli péno-scrotal*, elles forment généralement une lésion papuleuse arrondie, qui se présente divisée en deux moitiés, « *coupée en deux* », comme disent les malades, par un sillon transverse assez creux et parfois même profondément ulcéreux. Ce sillon, qui correspond exactement au pli péno-scrotal, est disposé en forme de V, dont les deux branches, adossées dans l'attitude pendante de

la verge, s'écartent et divergent quand on vient à relever l'organe.

Autre particularité objective au niveau du *sillon scroto-fémoral*, qui est l'une des régions où les syphilides pullulent le plus volontiers et tendent très souvent à la forme hypertrophique. Il se constitue là de vastes **nappes muqueuses** surélevées, végétantes, épaisses comme des macarons, suintantes, sécrétant un ichor fétide, et véritablement hideuses d'aspect. Ces gros mamelons bourgeonnants se prolongent parfois en larges bandes jusqu'au niveau des aines, non sans déborder sur les régions voisines. De plus, ils sont généralement divisés sur leur parcours par un ou plusieurs sillons parallèles au pli scroto-fémoral, sillons excavés, ulcéreux, et pouvant mesurer jusqu'à 1 centimètre de profondeur.

Complications. — **Balano-posthite secondaire**. — Les complications possibles de toutes ces variétés de syphilides ne sont et ne sauraient être d'un autre ordre que celles dont j'ai longuement parlé à propos des syphilides de même siège chez la femme. Je n'y reviendrai donc pas. Une seule, dérivant de dispositions anatomiques propres à l'homme, doit trouver place ici ; elle consiste dans ce qu'on a appelé la *balano-posthite secondaire*, ou balano-posthite symptomatique de lésions secondaires du prépuce et du gland.

Cette balano-posthite secondaire est susceptible de nombre de formes et de degrés.

D'abord, elle peut être *partielle*. Tels sont les cas où elle se localise exclusivement à la rainure glando-préputiale, pour déterminer là et rien que là une suffusion inflammatoire, semée d'une série de petites érosions qui s'associent aux syphilides de la région et se confondent avec elles.

Puis, elle peut être *générale*, et alors elle affecte des formes très diverses, qu'on peut grouper artificiellement sous trois chefs, de la façon suivante :

1° *Forme bénigne*. — De toutes la plus commune, et de beaucoup. Très généralement, en effet, la balano-posthite secondaire n'est qu'une balano-posthite *médiocrement inflammatoire*, bien moins inflammatoire que la plupart des balano-posthites d'autre origine. Elle se produit presque sans rougeur tégumentaire et sans douleurs. Elle ne détermine qu'un écoulement de peu d'importance et une tuméfaction préputiale assez légère pour permettre au gland de se découvrir. Quelquefois même, ce qu'elle produit est moins un œdème véritable qu'une sorte d'empâtement mollasse du prépuce.

2° *Forme moyenne*. — C'est la précédente avec exagération de tous les symptômes, et notamment avec phimosis. — Déjà beaucoup plus rare.

3° *Forme intense*, tout à fait exceptionnelle, correspondant à la balano-posthite suraiguë vulgaire, dont je n'ai pas à décrire les symptômes bien connus.

En dépit de son acuité, cette forme n'en aboutit pas moins à une résolution complète et rapide, si elle est soumise en temps propice à un ensemble de soins convenables. — Au contraire, négligée, abandonnée à son évolution propre, elle devient naturellement susceptible de toutes les conséquences usuelles de l'affection, telles que perforations plus ou moins étendues du prépuce par sphacèle. On a même cité un certain nombre de cas où le processus sphacélique a intéressé une notable portion du prépuce et du gland.

M. Mauriac dit avoir observé « deux ou trois fois en pareille occurrence le sphacèle de toute la verge, dont il ne restait plus qu'un moignon au ras du pubis ». Ce ne sont là, à coup sûr, que des cas absolument exceptionnels.

Traitement. — La spécificité d'origine ne modifie en rien le traitement de cette balano-posthite spécifique, qui reste celui de la balano-posthite vulgaire. C'est dire que ce traitement, dont je n'ai à indiquer ici que les grandes lignes, devra consister en ceci :

1° Bains généraux, plus ou moins répétés et plus ou moins prolongés suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires. — Dans les cas graves, bains quotidiens, de deux à trois heures.

2° Bains locaux, renouvelés deux ou trois fois par jour, et chaque fois pour une durée de 15 à 20 minutes, dans une décoction tiède de guimauve.

3° Fomentations autour de la verge, avec compresses à demeure imbibées d'eau de guimauve, d'eau blanche, d'eau boriquée.

4° Et surtout, par-dessus tout (car c'est là le moyen héroïque), *irrigations sous-préputiales*. Ces irrigations seront pratiquées à l'aide d'une sonde de caoutchouc rouge (n° 14), introduite sous le prépuce et conduite jusqu'au niveau du cul-de-sac glando-préputial. On y procédera par séries de deux ordres, à savoir :

D'abord, une irrigation simplement détersive (dite vulgairement irrigation *de balayage*), composée d'eau boriquée ou d'eau bouillie. Cette irrigation devra être continuée jusqu'à ce que le liquide de retour sorte limpide de la cavité préputiale.

Puis, immédiatement à la suite de la précédente, une irrigation modificatrice ou médicamenteuse, composée d'un à deux verres à bordeaux d'une solution de nitrate d'argent (1 à 2 grammes pour 100, suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires). — Nombre d'autres agents modificateurs ont été proposés, mais nul ne m'a jamais paru valoir le nitrate d'argent comme activité résolutive.

Cette double série d'irrigations sera répétée, suivant les cas, deux ou trois fois par jour. — Dans les cas moyens, deux irrigations médicamenteuses suffiront, l'une pratiquée le matin, et l'autre le soir, avec irrigation simplement détersive au cours de la journée.

A une époque ultérieure, alors que le malade pourra librement découvrir le gland (et cela sans danger d'impossibilité de retour du

prépuce, c'est-à-dire sans risque de paraphimosis), on substituera aux irrigations une méthode tout autre, à savoir le simple *isolement* des surfaces. Cet isolement sera réalisé comme il suit : après lavage et asséchement des parties, aspersion d'une poudre isolante quelconque (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, etc.) sur toutes les érosions ; — puis, interposition d'une mince lamelle d'ouate entre le gland et le prépuce. — Pansement à renouveler trois fois dans les vingt-quatre heures.

Inutile de dire que ce dernier mode de pansement sera le seul à mettre en œuvre si le malade peut découvrir le gland dès le début.

Quelquefois, aussi, on pourra hâter la cicatrisation par quelques attouchements légers au crayon de nitrate d'argent sur les parties exulcérées, qu'on recouvrira ensuite d'une couche d'ouate.

Repos au lit pour quelques jours, dans les cas un peu intenses.

Enfin, il n'est pas rare que, la guérison faite, le phimosis persiste, en raison d'un certain degré d'épaississement du prépuce et de rigidité de l'anneau inférieur. Mais cela n'est jamais que provisoire. Comme les tissus n'ont pas été entamés et n'ont pas subi de perte de substance, ils finissent toujours par reprendre leur souplesse, de façon à permettre au gland de se découvrir.

Syphilides anales et péri-anales.

Je rapprocherai immédiatement du groupe qui précède les syphilides anales et péri-anales, qui coïncident très fréquemment avec les syphilides génitales et qui même, chez la femme, se confondent souvent avec elles.

Communes dans les deux sexes, mais plus communes notablement chez la femme, elles affectent des sièges divers, à savoir : soit l'anus même ; — soit la marge de l'anus ; — soit les régions interfessières.

Voyons comment elles se présentent sur ces divers points.

I. — A l'anus, c'est presque exclusivement, chose curieuse, une seule modalité qu'on observe, à savoir la modalité *érosive*. — La papule y est tout à fait exceptionnelle ; — la forme hypertrophique y fait absolument défaut ; — et la forme ulcéreuse ne s'y rencontre que rarement.

L'érosion secondaire anale peut se montrer à découvert sur un mamelon, sur une saillie de la muqueuse anale. Mais le plus souvent elle reste en ce point *larvée* ou *semi-larvée*. C'est-à-dire que, de deux choses l'une :

Ou bien elle se dérobe complètement à la vue parce qu'elle se réfugie au fond même de l'interstice de deux bourrelets contigus. Dans ce cas, il faut, pour la découvrir, *déplisser* l'anus, et alors on l'aperçoit sous forme d'une érosion allongée, effilée, presque linéaire ou tout au plus large comme un grain d'avoine. Elle est donc essen-

tiellement **fissuraire**, c'est-à-dire identique d'aspect à la fissure anale commune.

Ou bien, plus étendue de surface, elle occupe les parois contiguës de deux mamelons voisins, dans tout ou partie de leur relief. Elle se compose alors de deux segments érosifs ou ulcéreux, lesquels restent adossés et en partie larvés à l'état de repos des parties, mais s'écartent à la façon des feuillets d'un livre lorsqu'on vient à tendre et à déplisser la région.

Généralement elle a une teinte d'un rouge vif, purpurin, carminé. Mais, d'autres fois, elle se présente avec une couleur grisâtre, gris jaunâtre ; d'autres fois encore, alors qu'elle siège au niveau de veines dilatées, hémorrhoïdaires, elle prend une teinte livide, bleuâtre, lie de vin, violacée.

Naturellement, elle est sensible, douloureuse, parce qu'elle est irritée et même parfois déchirée par les selles. Les malades ne manquent pas de s'en plaindre. Toutefois, elle n'est jamais que *modérément douloureuse*, surtout par rapport à la fissure spasmodique, laquelle est célèbre par ses atroces angoisses à la suite des selles.

Elle ne guérit qu'au prix d'un traitement topique, qui exige souvent une réelle assiduité de soins, à savoir : asepsie locale ; — balnéation ; — lotions fréquentes avec liqueur de Labarraque coupée d'eau ; — interposition méthodiquement faite (donc faite par une main médicale) d'une légère couche d'ouate entre les parois érosives contiguës et jusqu'au fond de leur sillon terminal. — Prévenir la constipation. — Avoir soin de faire précéder chaque selle d'un lavement huileux, en vue de diluer les matières et d'éviter les déchirures mécaniques au moment de la défécation.

Toutefois, certaines érosions anales de forme fissuraire sont trop *érélhiques* pour supporter les pansements secs, et ne tolèrent que les pansements graisseux. On aura recours contre elles à l'emploi de petites mèches enduites de pommades à l'iodoforme (1 gramme pour 10 grammes de vaseline), au calomel, à l'oxyde de zinc, à la belladone, à l'extrait thébaïque, etc.

Souvent encore on a eu à se louer de cautérisations très légères pratiquées sur le fond du sillon érosif avec la pointe aiguë d'un crayon de nitrate d'argent. — Panser ensuite la lésion avec une petite couche d'ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne.

II. — Les **régions péri-anales, périnéale** et **interfessière** constituent de véritables sièges de prédilection pour les syphilides muqueuses, qui pullulent en abondance sur ces divers points et avec toutes leurs formes, depuis l'érosion simple jusqu'aux grosses masses hypertrophiques en macarons, en champignons. Les caractères objectifs de ces lésions sont là exactement identiques à ceux des syphilides génitales, avec lesquelles d'ailleurs, chez la femme, elles se conti-

nuent et se confondent fréquemment. Ils nous sont connus par ce qui précède. Je ne ferai donc que relever ici certains de leurs détails régionaux. Ainsi :

Les syphilides muqueuses de la marge de l'anus prennent assez fréquemment l'aspect de longues *fissures*, étroites et effilées, qui se logent dans les plis anaux, au fond même des sillons que déterminent ces plis. Elles sont alors inapparentes à première vue, et il faut, pour les apercevoir, déplisser la région.

En d'autres circonstances, la marge de l'anus devient le siège d'une lésion assez singulière. Sous l'influence de l'irritation développée par ces syphilides, le derme et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient, se condensent, s'épaississent. Il en résulte que les plis de l'anus se transforment en de gros bourrelets, durs, résistants, que séparent les uns des autres des sillons fissuraires ou ulcéreux. Cette dernière lésion, d'aspect assez étrange, a reçu le nom d'**hypertrophie radiée** des plis de l'anus.

De même, il arrive parfois que, dans des conditions identiques, le raphé médian du périnée s'hypertrophie et se transforme en une sorte de *crête* antéro-postérieure, saillante de plusieurs millimètres, rougeâtre, d'une consistance très ferme, parfois même d'une véritable dureté cancroïdienne.

Enfin, il n'est pas impossible que les syphilides interfessières se localisent en un point spécial, à savoir sur le trajet de la ligne courbe qui limite l'adossement réciproque des deux fesses. Elles dessinent alors sur chaque fesse un véritable *croissant* rubané à convexité postérieure, mesurant 6, 8, 10 centimètres verticalement sur une largeur de 1 centimètre environ. Très bizarres d'aspect, ces deux croissants tranchent fortement par leur couleur d'un rouge intense sur la peau saine des fesses. Ils sont constitués ou bien par une bande d'intertrigo érosif ou bien par une sorte de ruban papuleux à surface érosive.

Diagnostic. — **Dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique.** — Au point de vue diagnostique, une seule particularité, mais celle-ci très importante, se présente à relever. Elle a trait à une lésion encore non décrite qui peut simuler d'aspect au plus haut degré les syphilides papulo-érosives péri-anales et à laquelle j'ai donné le nom de *dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique*.

Je ne saurais dire encore comment et sous quelle forme débute cette lésion. Toujours est-il qu'à l'état adulte elle est constituée par une nappe papulo-érosive, bourgeonnante, rosée, qui se produit sur la marge de l'anus, en contact ou à légère distance de l'anus.

Cette nappe occupe tout ou partie de la marge anale. Dans un cas, par exemple, elle figurait un croissant qui, situé à la région antérieure de l'anus, mesurait environ 6 à 7 centimètres de l'une à l'autre de ses

cornes, sur une largeur de 2 à 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

Elle est élevée en plateau, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres environ, à cela près de quelques mamelons partiels un peu plus proéminents.

Elle est rosée ou rougeâtre de surface. Son aspect n'est ni arborescent, ni papilliforme à la façon des végétations dites en chou-fleur. C'est celui d'une surface papuleuse, irrégulière, tantôt plane et lisse, tantôt inégale et mamelonnée. On dirait cette production formée par un tissu de bourgeons charnus agminés en nappe et, d'autre part, divisés en îlots par une série de sillons fissuraires, dont la plupart sont radiés et convergents vers l'anus.

Sèche sur quelques points, elle est érosive et suintante sur la plus grande partie de sa surface.

Au toucher, elle n'offre pas de résistance. Elle est même plutôt mollasse et ne donne que la sensation d'un épaississement de tissu.

On peut la dire indolente au palper. Mais, elle donne lieu spontanément à une certaine ardeur locale, avec sensation de brûlure et de démangeaisons, surtout à la suite des selles.

Bref, d'aspect, cette lésion n'est autre qu'une plaque ou une nappe de syphilide papulo-érosive. Sa physionomie est non pas analogue, mais *absolument identique* à celle des syphilides papuleuses de la région péri-anale. Impossible, au premier coup d'œil, comme après mûre analyse des détails objectifs locaux, de ne pas prendre cette lésion pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une manifestation de syphilis. Tout le monde s'y trompe, et, je ne crains pas de répéter le mot, *il est impossible qu'on n'y soit pas trompé*, de par les signes d'objectivité.

Seuls, les commémoratifs et les éléments du diagnostic rationnel sont capables de redresser l'erreur. A savoir :

D'une part, antécédents d'incurie chronique, de saleté locale habituelle, d'irritations locales fréquemment renouvelées sous forme de cuissons, de démangeaisons, d'érythème, d'intertrigo, etc.

D'autre part, absence absolue de tout antécédent de syphilis soit acquise, soit héréditaire ; — et absence absolue de tout symptôme syphilitique actuel.

Il suit donc de là : 1° que cette lésion ne saurait être rattachée à la syphilis ; — et 2° qu'elle constitue une lésion *vulgaire*, non spécifique, laquelle ne peut être qu'une *dermite* simple, issue de causes banales, issue d'irritations locales, dont la plus habituelle et la plus active semble être la saleté. Et, en effet, dans tous les cas que j'en ai observés, cette lésion s'était produite soit sur des enfants, soit sur des jeunes gens d'une insigne malpropreté habituelle. — Les approches sodomiques peuvent-elles réclamer une part dans l'étiologie de l'affection, en tant que causes d'irritation locale ? C'est à croire rationnellement,

et me semble en avoir eu la preuve dans un cas qui s'est présenté à moi tout récemment.

On comprend l'intérêt médico-légal qui se rattache à cette dermite pseudo-syphilitique, laquelle peut donner lieu à des soupçons divers, notamment à des transmissions de syphilis. Et, en effet, la première fois que je l'ai dépistée, il ne s'agissait rien moins que d'une affaire criminelle, où un détenu était accusé d'attentat à la pudeur sur la personne d'un jeune enfant de huit ans, et cela en raison même d'une lésion de cet ordre, lésion qui avait été considérée comme le témoignage d'une contamination vénérienne (1).

Il est donc d'importance majeure que le médecin enregistre bien cette notion en ses souvenirs, à savoir : *qu'il peut se produire au voisinage de l'anus, spécialement chez les jeunes sujets, une lésion papulo-érosive, absolument syphilitique d'aspect, laquelle cependant n'est en rien syphilitique et ne constitue qu'une affection banale issue de causes banales, étrangères à la syphilis.*

SYPHILIDES BUCCO-GUTTURALES.

Fréquence. — Sans contradiction possible, ce sont là *les accidents les plus communs de toute la syphilis.* La fréquence en est excessive, énorme. D'une part, en effet, il est bien peu de malades qui, même bien traités, échappent à une ou quelques poussées de plaques muqueuses labiales, linguales ou gutturales. D'autre part, ce sont là des accidents essentiellement sujets à répétition. Et, enfin, il est nombre de malades (les fumeurs spécialement) chez lesquels ils se reproduisent à satiété, non pas seulement pour des mois, mais pour des années.

Nulle parité de fréquence d'un sexe à l'autre. Extraordinairement communes chez l'homme, les plaques muqueuses de la région bucco-gutturale sont infiniment plus rares chez la femme. Et cela pour deux raisons purement locales : 1° parce que la femme a généralement plus soin de sa bouche que l'homme ; — et 2° parce que la femme ne fume pas. — Tout naturellement, donc, les femmes qui fument rentrent dans la loi commune et sont exposées presque au même degré que l'homme aux accidents buccaux de la syphilis. J'ai vu, sur une jeune femme, qui avait contracté en Orient l'habitude ou plutôt l'abus de la cigarette, les syphilides pulluler à la bouche et récidiver incessamment.

Étiologie. — Les syphilides buccales peuvent être exclusivement spontanées. On les voit se produire sur des sujets qui ne fument pas

(1) Voy. *Pseudo-syphilis, végétation péri-annale simulant la plaque muqueuse hypertrophique.* Rapports médico-légaux par A. Fournier et Jules Socquet. Paris, 1892, J.-B. Baillière.

Deux autres cas de ce genre, observés dans mon service, ont été présentés plus récemment à la Société de médecine légale par mon interne, M. G. Brouardel (1896).

et qui observent la plus rigoureuse hygiène buccale. Mais il est incontestable que, plus que n'importe quel autre accident, elles obéissent dans leur apparition et surtout dans leurs réapparitions parfois extraordinairement multiples à toutes causes d'excitation locale.

Comme causes de cet ordre, citons : en première ligne, le tabac, fumé sous n'importe quelle forme (cigarette, cigare, pipe); — la chique ; — l'alcool ; — l'absence d'hygiène buccale, la malpropreté de la bouche ; — le mauvais état de la dentition, etc.

Siège. — Comme siège, les syphilides bucco-gutturales peuvent affecter tous les départements de la bouche. Mais il est trois points sur lesquels elle sévissent de préférence et qui constituent pour elles de véritables *foyers de prédilection.* Ce sont, par ordre de fréquence :

1° En première ligne, et de beaucoup, la *région amygdalienne* (amygdale proprement dite et portions voisines des piliers du voile palatin) ;

2° La langue ;

3° Les lèvres (sur leur face muqueuse, bien entendu).

Il est moins fréquent de les observer sur les autres régions de la cavité buccale, telles que : piliers du voile, voile, palais, joues, gencives, plancher de la bouche.

Caractères cliniques. — L'absence de tout caractère spécial, *à fortiori* pathognomonique, pour les plaques muqueuses buccales est un fait qui, bien que négatif, doit être inscrit en vedette de l'exposé qui va suivre. Et cela, parce que journellement l'on entend ou l'on trouve imprimé ceci : « Plaques muqueuses *évidentes* de la bouche, plaques muqueuses *caractéristiques*, *pathognomoniques* », etc. Or, je ne saurais assez vivement protester contre cette prétention de reconnaître la plaque muqueuse de la bouche (comme, d'ailleurs, de n'importe quel siège) de par des caractères objectifs. Oui, sans doute, cette plaque muqueuse offre souvent (non pas toujours) une physionomie qui peut, qui doit même en faire suspecter la spécificité de nature ; mais, quand on va au fond des choses, quand on descend à l'analyse des attributs, on ne trouve pas un signe, *pas un seul*, qui atteste péremptoirement que ladite lésion soit une plaque muqueuse. Il est à la bouche, comme ailleurs, mais plus qu'ailleurs, des affections vulgaires, complètement étrangères à la syphilis, qui prennent absolument le masque, la physionomie des syphilides. A n'en citer qu'un exemple, l'hydroa buccal réalise de merveilleux types de pseudo-plaques muqueuses buccales.

Donc, *il n'est pas permis de dire qu'une lésion buccale soit une plaque muqueuse de par les seuls caractères d'objectivité.* Une telle assertion ne se rencontrera jamais que dans la bouche de médecins n'ayant pas une expérience spéciale de la syphilis. Un syphiliographe de profession sera plus prudent et moins affirmatif. Il suspectera une plaque muqueuse buccale ou autre de par les signes objectifs ; mais

il ne l'affirmera jamais *de visu*, mais il n'en établira formellement le diagnostic que sur un ensemble d'autres signes à propos desquels j'ai déjà eu l'occasion de m'expliquer dans ce qui précède. — C'est là un point, au surplus, sur lequel j'aurai bientôt à revenir, à propos du diagnostic différentiel.

Cela dit comme entrée en matière, abordons les descriptions spéciales.

Formes diverses. — Les syphilides buccales se présentent sous les mêmes formes que les syphilides muqueuses en général. Elles se rattachent toutes aux quatre types primordiaux sous lesquels nous avons rangé les lésions secondaires des muqueuses. Elles consistent donc soit en des érosions simples (*syphilides érosives*) ; — soit en des papules (*syphilides papulo-érosives*) ; — soit en des papules hypertrophiées (*syphilides papulo-hypertrophiques*) ; — soit enfin en des ulcérations (*syphilides ulcéreuses*) (1).

I. — *Premier type :* SYPHILIDE ÉROSIVE. — De beaucoup la plus commune et constituant le type par excellence des syphilides buccales.

La lésion qui la caractérise est véritablement minime. Elle ne consiste qu'en une simple abrasion superficielle et circonscrite du derme muqueux. Détaillons.

C'est une toute petite lésion, mesurant comme surface de quelques millimètres à 1 centimètre carré tout au plus ; — lésion absolument superficielle et plate, c'est-à-dire ne créant ni entamure, ni relief ; — non assujettie à une forme régulière ; assez souvent arrondie, mais souvent aussi ovalaire, allongée, elliptique, quelquefois même fissuraire ; — sans bords, c'est-à-dire sans arête circonférencielle ; — à fond lisse ou très finement grenu ; — à base souple et sans engorgement inflammatoire, de sorte qu'elle paraît simplement déposée sur des tissus sains ; — à coloration très variable, comme nous le verrons par

(1) On a décrit, comme manifestation de syphilis secondaire, un « *érythème vermillon* » du voile palatin. Cet érythème, dit-on, serait notablement précoce, au point de devancer la première invasion des syphilides gutturales. Il aurait pour caractères : 1° une coloration d'un rouge très accentué et de tonalité vermillon ; — 2° une limitation très exacte au bord du voile, dans l'étendue de quelques millimètres, au point qu'on le dirait « tracé par un coup de pinceau ». (Voy. G. Benoist, Thèse de Paris, 1890.)

Je n'ai jamais rien constaté, pour ma part, qui réponde à cette description. Ce que j'ai vu, comme tout le monde, au cours de l'étape secondaire, c'est un certain degré d'érythème guttural, soit prémonitoire de syphilides muqueuses en voie d'éclosion, soit symptomatique de syphilides muqueuses accomplies. Mais cela mérite à peine d'être cité. — Ce que j'ai vu encore quelquefois, c'est un érythème diffus de l'isthme, accompagné ou non d'un léger embarras de la gorge. Mais je n'ai jamais osé rattacher une signification de spécificité à un symptôme de cet ordre qui ne laisse pas d'être assez commun (notamment chez les fumeurs, les alcooliques, les arthritiques, etc.), et qui, je l'affirme, se rencontre souvent chez des sujets indemnes de syphilis. Que la syphilis puisse en être cause, je ne vais pas à l'encontre ; je mets en fait seulement qu'il n'a pas de caractères propres, suffisants à en attester l'origine.

la suite, mais le plus souvent rouge et d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse environnante.

Que l'on se représente par la pensée un vésicatoire en miniature du derme muqueux, vésicatoire ne dépassant pas l'étendue d'une lentille, d'un haricot, d'une petite amande, et l'on aura une image à peu près exacte de ce qu'est la syphilide érosive buccale.

II. — *Second type :* SYPHILIDE PAPULO-ÉROSIVE. — Moins commune que la précédente. — Elle ne diffère de celle-ci que par une particularité de configuration, à savoir l'exhaussement. C'est une syphilide érosive en saillie, faisant relief.

Et de deux choses l'une : tantôt cet exhaussement se produit, d'une façon irrégulière, sur tel point plutôt que sur tel autre, partiellement ou en totalité, comme pour une plaie qui bourgeonne et qui d'aventure bourgeonne ici plus que là ; — tantôt, et bien plus souvent, il se fait avec méthode et réalise d'emblée le type de la papule à la fois orbiculaire de contour, convexe et en plateau, en un mot le type de la papule dite « en pastille ».

III. — *Troisième type :* SYPHILIDE PAPULO-HYPERTROPHIQUE. — Rare, exceptionnelle même à la bouche. — Consistant simplement en une exagération du type précédent, sous forme de grosses papules végétantes, exhaussées, faisant un relief de 2 à 3 millimètres, grenues, mamelonnées, souvent multiples, parfois agminées et constituant alors des nappes muqueuses d'une certaine étendue, nappes irrégulières de contours et parcourues à leur surface par des sillons ulcéreux en rhagades.

Cette forme a un siège non pas exclusif, mais presque spécial, à savoir le dos de la langue, dans sa moitié postérieure. Elle bosselle là l'organe d'une étrange façon. D'où le nom de langue « en dos de crapaud » vulgairement assigné à cette lésion.

Elle n'est jamais primitive. Toujours elle succède à des syphilides de diverses formes (syphilides papuleuses notamment) non traitées, négligées, irritées par le tabac et l'état sordide de la bouche.

IV. — *Quatrième type :* SYPHILIDE ULCÉREUSE. — Assez commune. Constituée non plus seulement, à la façon de la syphilide érosive, par une simple érosion, mais par une entamure réelle du derme muqueux, par une ulcération véritable.

Cette ulcération toutefois est très différente des ulcérations tertiaires, et cela à deux titres : 1° parce qu'elle est beaucoup moins profonde, moins « excavante » que ces dernières ; — 2° parce qu'elle n'est pas encadrée et doublée, comme celles-ci, par des infiltrations dures qui leur constituent une sorte d'atmosphère néoplasique.

Chose curieuse, c'est la plus importante des syphilides secondaires, puisqu'elle est tant soit peu destructive ; et cependant c'est entre toutes celle qui a le moins de physionomie propre. Je ne puis, en effet, que répéter à son propos ce que j'ai déjà dit de son pendant,

la syphilide ulcéreuse génitale, à savoir qu'elle est *banale* d'aspect, qu'elle ressemble à toute ulcération vulgaire.

Généralement, elle n'a qu'une étendue minime ou moyenne, comparable à celle d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes, d'un haricot, d'une amande. — Quelquefois arrondie ou ovalaire, d'autres fois elle est absolument irrégulière de configuration, comme lorsqu'elle siège aux commissures buccales, sur les côtés de la langue ou sur les piliers. — Habituellement rouge ou rougeâtre, elle peut présenter inversement une teinte grise ou d'un gris jaunâtre. — Elle est tantôt lisse et tantôt grenue, inégale de fond, etc.

Rien dans tout cela, je le répète, qui soit quelque peu spécial et qui confère à la lésion une réelle apparence de spécificité.

Tels sont les quatre types génériques sur lesquels sont modelées toutes les syphilides bucco-gutturales.

Mais tous ces types sont susceptibles de modifications multiples et de divers genres. Si bien, comme on va le voir, que le chapitre des variétés dépassera de beaucoup celui des descriptions générales.

VARIÉTÉS. — I. — *Variétés de nombre, de confluence.* — Il est possible qu'on n'ait à constater dans la bouche qu'une seule de ces lésions. Rien de plus commun chez les malades attentifs et soigneux de leur personne, qui accourent chez le médecin à la première alerte. Rien de plus commun aussi chez les malades qui ont déjà subi un long traitement et dont l'infection est sur le point de s'épuiser.

Mais il est non moins fréquent qu'on ait à observer au même instant plusieurs de ces lésions (c'est-à-dire deux, trois, quatre, cinq), et cela soit sur un même département, soit sur divers points de la bouche.

Enfin, en quelques cas, ces lésions affectent une véritable confluence. On voit des fumeurs, par exemple, se présenter dans le plus pitoyable état, avec la bouche littéralement criblée de plaques muqueuses sur les lèvres, sur la langue, sur le voile, sur les joues, sur les gencives, sur l'isthme guttural, etc.

II. — *Variétés d'étendue.* — J'ai comparé à une amande l'étendue moyenne d'une syphilide buccale. Or, il est des syphilides buccales beaucoup plus petites, comme il en est de beaucoup plus grandes. Ainsi :

1° On en rencontre communément qui tout au plus égalent en surface une lentille, un pépin de poire, un grain de blé. Sur les côtés de la langue, par exemple, on en voit de minuscules qui, sous forme allongée, fissuraire, ne dépassent pas en largeur le diamètre d'un grain d'avoine.

2° Inversement, les plaques muqueuses négligées, abandonnées à elles-mêmes et irritées par le tabac, s'élargissent jusqu'à prendre le

diamètre d'une pièce d'un franc, voire d'un pruneau. Elles peuvent même dépasser ces proportions, mais par le mécanisme de ce qu'on appelle la *coalescence*, c'est-à-dire la fusion de voisinage. Elles se présentent alors plus ou moins allongées, avec une irrégularité absolue de contours.

C'est ainsi qu'aux lèvres ces plaques agminées constituent parfois des *nappes muqueuses* transversales qui mesurent 3, 4, 6 centimètres de longueur. J'en ai vu qui se prolongeaient d'une commissure à l'autre. On en a même cité (mais cela est très rare) d'absolument orbiculaires, faisant tout le tour de la bouche.

C'est par ce même procédé de coalescence que tout l'isthme guttural aboutit quelquefois à être envahi par une nappe muqueuse géante qui, partant d'une amygdale, rejoint en demi-cercle l'autre amygdale, en suivant les piliers, le bord libre du voile et la luette; sans compter même que le cercle est quelquefois complété par des syphilides de la base de la langue.

La forme papuleuse des syphilides buccales ne se prête pas moins à cette agmination. Ainsi, il est commun de voir plusieurs papules s'agminer sur le dos de la langue et former là une nappe papuleuse d'une certaine étendue. Parfois même ces papules agminées, en s'hypertrophiant sous l'influence de l'incurie ou de l'action irritante du tabac, se transforment en grosses tubérosités linguales, lesquelles, massives, étendues, faisant véritablement *tumeur*, ont pu être confondues avec des productions malignes, épithéliomateuses.

III. — *Variétés d'aspect.* — **Plaques muqueuses opalines; plaques muqueuses diphthéroïdes.** — Les variétés de ce groupe dérivent de toutes les modifications possibles de la lésion comme étendue, comme configuration, comme état de bords et de fond, mais plus particulièrement encore comme couleur.

Or, à ce dernier point de vue, il existe des variétés nombreuses et importantes entre les diverses syphilides buccales.

Le plus habituellement, la plaque muqueuse buccale a la couleur du derme dénudé; c'est dire qu'elle est rouge, et d'un rouge foncé, plus brun, plus vineux que celui de la muqueuse normale.

Mais viennent les variétés.

D'abord, il est des plaques muqueuses d'un rouge peu différent de la teinte normale du tégument muqueux. Il en est même de simplement *rosées*, d'un rose pâle ou grisâtre.

Inversement, il en est qui sont plus rouges que de coutume, d'un rouge cramoisi, *purpurin*. Cela s'observe surtout alors que la lésion est enflammée ou irritée par une cause quelconque, telle que le tabac, un mauvais état de la dentition, le contact d'une dent ébréchée, à arête saillante, etc.

Ce ne sont là que des variétés sans grand intérêt. En voici, au contraire, de plus curieuses.

Très fréquemment, la plaque muqueuse buccale vire absolument de ton. Elle passe au *gris*, d'abord, pour arriver au *blanc*, par une gamme progressive où tous les tons intermédiaires ont leurs représentants. Suivons la gradation.

D'abord, rien de plus commun que la plaque muqueuse grisâtre, grisâtre soit partiellement, soit dans toute son étendue. Très souvent, on rencontre sur les lèvres, sur les amygdales, sur la langue, des érosions à centre terne, ardoisé, *cendré*, tandis que les parties périphériques sont teintées en rouge ou en rose. — D'autres fois, cette teinte grise se répand et s'étale sur toute la surface érodée.

En second lieu, cette teinte grise peut s'atténuer de ton, virer au blanc et devenir d'un gris blanchâtre. On a affaire alors à ce qu'on appelle la plaque muqueuse *opaline*, d'une couleur intermédiaire entre le gris et le blanc. — Quelquefois même (mais cela est beaucoup plus rare) cette teinte se nuance d'un certain reflet bleuâtre que l'on a comparé à la tonalité du gant gris-perle.

Ces plaques opalines *gris-perle* se rencontrent surtout aux lèvres, aux amygdales, et sur les côtés de la langue.

Enfin, dans un troisième degré, cette teinte grise passe au blanc véritable, et alors la lésion se présente avec une *teinte laiteuse* tout à fait extraordinaire. Pour prendre des comparaisons (meilleures en l'espèce que toute description), elle offre l'aspect soit d'une goutte de lait étalée sur la muqueuse, soit d'une couche de collodion desséché, soit (j'arrive au grand fait) d'une fausse membrane de diphthérie.

Oui, sans exagération, **la plaque muqueuse buccale se présente parfois avec l'aspect d'une lésion de diphthérie**. La preuve en est que cette comparaison, que ce mot de diphthérie se retrouve dans toutes les descriptions que l'on a données de cette forme particulière de la maladie.

Cet état diphthéroïde des syphilides buccales s'observe en divers points, à savoir : 1° comme siège d'élection, sur la région amygdalienne (amygdale proprement dite et muqueuse périphérique) ; — 2° sur les lèvres ; — 3° plus rarement, à la langue ; — 4° très exceptionnellement, sur le voile, sur la luette et sur le pharynx.

A la région amygdalienne, il est possible qu'un seul côté soit envahi ; plus souvent la lésion est bilatérale.

Lorsque ces exsudats diphthéroïdes se produisent sur les lèvres ou la langue, ils ne sauraient donner lieu à des erreurs diagnostiques. On a bien vite fait, étant donné leur siège non habituel à la diphthérie, de les rapporter à leur véritable origine.

Mais c'est tout autre affaire alors qu'ils affectent l'isthme du gosier, région favorite de l'invasion diphthérique ; et tout aussitôt surgit la panique de la diphthérie. Et, en effet, il n'est pas à le contester, ce qu'on voit ou ce qu'on croit voir à la gorge en pareille

occurrence, c'est la diphthérie, ou tout au moins un ensemble objectif qui y ressemble étonnamment. Tous les observateurs qui se sont trouvés aux prises avec des cas de cet ordre sont unanimes sur ce point. Tous ont été frappés, comme ils le déclarent dans leurs récits, non pas de l'analogie, mais de l'*identité objective* de cette fausse diphthérie syphilitique avec la diphthérie vraie.

Localement, en effet, ce que l'on constate est ceci : sur les amygdales tuméfiées et sur les parties avoisinantes des piliers, une exsudation pseudo-membraneuse bien manifeste, soit blanche, absolument blanche, soit, plus souvent, d'un blanc grisâtre ou d'un blanc sale ; — exsudation adhérente, fortement adhérente, ne se détachant sous le pinceau d'ouate qu'avec peine et en petits lambeaux, donc semblant enchâssée dans la muqueuse ; — souvent aussi, comme dans la diphthérie, engorgements ganglionnaires péri-pharyngés et sous-maxillaires.

Impossible, devant un tel aspect, de ne pas être pris de peur, tout au moins de se dérober à l'appréhension de la diphthérie.

Or, issu de l'aspect objectif, ce soupçon peut être écarté tout aussitôt, comme aussi il peut être corroboré par l'examen d'ensemble du malade. Car, deux alternatives sont possibles en l'espèce.

Tantôt, l'angine en question s'est produite et continuée à froid, sans symptômes généraux précurseurs et concomitants. C'est alors un sujet *bien portant*, absolument indemne de fièvre et de symptômes réactionnels, sur lequel on constate une « angine blanche ». Du coup, en ce cas, le diagnostic est fait, j'entends la diphthérie est exclue, car une infection diphthéritique n'est pas compatible avec un plein état de santé. Et si, d'autre part, les antécédents syphilitiques du malade sont connus, tout naturellement cette angine diphthéroïde devient imputable à la syphilis.

Mais tantôt, au contraire — seconde alternative, beaucoup plus commune, — cette angine blanche est d'ordre inflammatoire et coexiste avec des troubles généraux plus ou moins intenses. Le tableau clinique devient alors le suivant : d'une part, tous signes d'angine aiguë : douleur gutturale, dysphagie, gonflement amygdalien avec exsudation pseudo-membraneuse, voix nasonnée, troubles de l'ouïe, etc., etc. ; — et, d'autre part, réaction générale, fièvre assez vive, courbature, brisement, anorexie, pâleur, etc. — Comment, devant un tel ensemble, ne pas songer à la diphthérie ? Et, en effet, maintes fois on a été tenu en échec, voire *trompé* par des cas de cet ordre. Un médecin des plus distingués, le Dr Albert Robin, a raconté un fait dans lequel, consulté par une jeune femme affectée d'une angine blanche avec symptômes généraux et sympathiques assez accentués, il crut positivement à une angine diphthéritique. Il y crut même si bien qu'il fit isoler la malade. Puis, vingt-quatre heures après, la chute soudaine de la fièvre et l'ap-

parition de papules dûment syphilitiques sur le tronc vinrent rectifier le diagnostic.

A fortiori, l'erreur sera-t-elle plus facile encore si (comme cela s'est vu plusieurs fois) une laryngite spécifique vient s'ajouter à l'ensemble clinique précité. Car alors, qu'on me passe l'expression, *tout y est*, tout concourt à donner le change et à faire suspecter la diphthérie. Le cas suivant fixera les convictions du lecteur à cet égard.

Un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux, est mandé une nuit, en toute hâte, à l'effet de décider « s'il y a lieu ou non de pratiquer une trachéotomie ». Il trouve une jeune femme dans un état, en effet, assez alarmant : d'une part, une angine blanche, « d'aspect absolument diphthéritique » ; — des ganglions assez nombreux ; — d'autre part, un état fébrile très accentué, avec symptômes d'accablement ; — et, finalement, un certain degré d'oppression, une toux rauque, une voix couverte, etc. Tout d'abord, il croit à un croup. Mais, par hasard, il aperçoit au sommet du thorax (en examinant le cou en vue d'une opération possible) quelques taches qui lui paraissent singulières ; il examine de plus près et découvre une véritable éruption qui lui semble bien être une roséole. Alors, il interroge le mari de la malade, lequel avoue une syphilis remontant à quelques mois. — Bref, des pilules de protoiodure remplacèrent très à propos la trachéotomie et avec plein succès.

Inutile de dire s'il y a un intérêt pratique et de premier ordre à différencier cette pseudo-diphthérie syphilitique de la diphthérie vraie, et réciproquement. Or, sur quelle base établir ce diagnostic ?

L'aspect objectif, nous venons de le voir, est absolument trompeur. Rien, non plus, à attendre des troubles fonctionnels, non plus de même que des symptômes généraux. — Rien de mieux à espérer de l'histologie, puisque les histologistes concluent à l'identité de structure entre les fausses membranes de la diphthérie et celles de la syphilis. — Un seul recours est offert par la *bactériologie*, dont le rôle, ici, sera de déterminer si le bacille de Klebs-Lœffler existe ou non dans les fausses membranes. C'est donc à ce précieux critérium qu'il conviendra d'en appeler immédiatement pour fixer le diagnostic.

Deux procédés sont appliqués couramment à ce genre de recherches, à savoir : l'un expéditif, presque instantané (n'exigeant du moins que quelques minutes), mais malheureusement quelque peu infidèle dans ses résultats ; — l'autre plus long, réclamant quinze à seize heures, mais absolument sûr, péremptoire.

Le premier (auquel on peut toujours avoir recours, quitte à le contrôler par le second) consiste en ceci : recueillir quelques débris de la fausse membrane et les frotter sur des lamelles ; — les sécher à la flamme ; — les colorer (soit avec le violet de gentiane, par la méthode de Gram, soit avec le bleu de Lœffler ou le bleu de Roux et Yersin) ;

et les examiner au microscope. On reconnaît alors (ou l'on peut reconnaître) le bacille spécifique à sa forme en bâtonnet, à bouts arrondis, légèrement recourbés, parfois renflés en poire.

Second procédé : on ensemence les débris membraneux dans une série de tubes contenant du sérum stérilisé et gélatinisé ; — on place ces tubes à l'étuve (38°) ; — et l'on attend quinze à seize heures. — Dès ce moment on doit trouver, en cas de diphthérie vraie, des colonies bacillaires assez nettes pour qu'on y puisse sûrement reconnaître le bacille spécifique.

Dernier point : Qu'est-ce que cette angine diphthéroïde de la syphilis ? Est-ce une angine syphilitique pure et simple, dont la fausse membrane serait le produit du bacille encore inconnu de la syphilis ? Ou bien ne serait-ce là qu'une angine syphilitique compliquée d'une infection secondaire, c'est-à-dire infectée elle-même par un de ces bacilles qui, comme le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, sont capables d'engendrer des angines blanches ? Le problème se pose. A peine jusqu'alors a-t-il donné lieu à quelques recherches encore très incomplètes. Donc, n'en préjugeons rien.

IV. — *Variétés de configuration.* — **Syphilides circinées.** — Les syphilides buccales n'ont pas une grande prédilection pour la modalité circinée. Cependant, comme toutes les autres syphilides, elles se présentent de temps à autre sous tel ou tel des deux types suivants :

Le type *annulaire*, rare et exclusivement propre aux syphilides érosives, qui parfois décrivent sur la muqueuse buccale (lèvres, langue ou palais) de véritables « bagues érosives » à centre sain ;

Le type *arciforme*, infiniment plus commun que le précédent, s'observant avec les syphilides érosives ou ulcéreuses, et caractérisé par des segments de cercle, des fers à cheval, des croissants.

Besoin est de bien spécifier que ces diverses configurations circinées ne sont en rien, sur la muqueuse buccale, l'apanage exclusif de la syphilis. Pour leur avoir indûment accordé ce caractère, on a longtemps, voire jusqu'à nos jours, considéré comme syphilides diverses lésions qui n'ont rien de commun avec la syphilis, telles, par exemple, que la glossite desquamative du nourrisson, la glossite exfoliante marginée, etc.

V. — *Variétés régionales.* — La spécialité de siège modifie plus ou moins, voire parfois du tout au tout, l'aspect des syphilides buccales. Ainsi :

I. Certaines syphilides labiales qui se trouvent pour ainsi dire à cheval sur le segment muqueux ou semi-muqueux et le segment cutané des lèvres, se présentent ici et là avec des caractères très disparates.

Sur le premier de ces segments, elles consistent en des érosions rouges, assez semblables à la surface d'un vésicatoire ; sur le second, elles offrent l'aspect de lésions croûteuses ou croûtelleuses.

II. — Lorsqu'elles siègent aux commissures buccales, les syphi-

lères muqueuses sont [illegible] en deux segments (un sur chaque lèvre), lesquels [illegible] quand la bouche est fermée, pour s'écarter quand elle s'ouvre. De plus, ces deux segments sont séparés par un sillon linéaire qui répond au plan de la commissure, et ce sillon est presque toujours [illegible], suppurant, semblable à ce qu'on appelle une [illegible], et plus douloureux parce qu'il est incessamment irrité au dehors par les mouvements des lèvres. — Quelquefois aussi le pourtour de la [illegible] sive est limité du côté de la peau par une sorte de collerette [illegible], papillomateuse, ou de bourrelet croûteleux. — Tous ces points [illegible] donnent à la lésion une physionomie quelque peu particulière.

III. — Sur les bords de la langue, les syphilides affectent souvent une forme spéciale, la *forme fissuraire*. Se logeant dans les sillons normaux de l'organe, elles n'affectent là d'autres caractères que ceux d'érosions étroites, allongées, verticales, mal déterminées de contours, tantôt rouges et tantôt opalines. Il serait le plus souvent impossible d'en affirmer la spécificité, n'étaient les antécédents du malade et les autres manifestations concomitantes.

IV. — Sur le dos de la langue, elles présentent deux variétés dont l'une surtout est très intéressante et particulièrement commune.

1° D'abord, elles prennent souvent la forme fissuraire, et cela parce qu'elles se logent dans les sillons normaux de l'organe qu'elles transforment en de véritables rhagades, lesquelles [illegible] en branches de V par déplissement. — Quelquefois encore elles figurent des fissures *étoilées*, alors qu'elles occupent le point de [illegible] de plusieurs sillons anastomosés.

2° Plus souvent encore elles constituent là une forme [illegible] de lésions que j'ai décrites de vieille date sous les noms de **plaques lisses** ou **plaques fauchées** *de la langue* ou de [illegible] **lante**, et qu'on a baptisées encore de [illegible] *desquamatifs*, *plaques tonsurées de la* [illegible]

Ce qu'on voit est ceci : au milieu du [illegible] de la langue, une ou plusieurs surfaces [illegible] devenues lisses, unies, polies, [illegible] et par cela même contrastant [illegible] On dirait (la comparaison est [illegible] « fauchées dans une [illegible] fois à cet aspect [illegible] [illegible] des papilles [illegible]

épidermiques tombent, et ils tombent en réalité au niveau des plaques muqueuses que nous étudions, vous aurez une surface lisse, plane, recouverte simplement par les couches stratifiées du corps muqueux, mais privée de ses prolongements filiformes d'épiderme corné. La plaque paraît dans son ensemble d'autant plus lisse, d'autant plus déprimée, qu'autour d'elle les prolongements cornés des papilles filiformes sont conservés avec leur longueur, accrue encore par l'inflammation linguale, etc... ».

Ce sont donc là de véritables plaques *alopéciques*, si je puis ainsi parler, constituées par la chute du chevelu papillaire.

Ces plaques ont toujours des contours nettement circonscrits. Elles se différencient des parties voisines non pas seulement par leur état lisse de surface, mais aussi par leur couleur, qui est d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse normale. — Elles sont variables de configuration et d'étendue : quelquefois régulièrement arrondies, d'autres fois ovalaires et à grand axe antéro-postérieur, d'autres fois irrégulières; — mesurant en général l'étendue d'une pièce de vingt centimes ou d'un haricot, d'une amande, mais parfois beaucoup plus petites ou beaucoup plus considérables. On en voit ainsi qui se réduisent aux proportions d'une lentille, d'un pépin de poire, d'une tête d'épingle. Et, inversement, il en est qui font véritablement *nappe* en s'étalant sur tout un département de l'organe, par exemple sur toute une moitié latérale ou antérieure de la langue.

Cette variété de syphilide n'est pas seulement remarquable par son caractère de glossite *dépapillante*; elle l'est aussi par ce fait qu'elle se produit *à sec*, si je puis ainsi parler. Elle rase bien les papilles, mais elle ne touche pas au derme lingual, en sorte que la surface tégumentaire reste intacte, non dénudée, non érosive. On a donc affaire de la sorte à une singulière **plaque muqueuse sèche**, et sèche sur une muqueuse! Exception unique en l'espèce.

C'est seulement par le fait de complications que cette lésion devient quelquefois humide, érosive ou ulcéreuse.

VI. — *Variétés comme troubles fonctionnels.* — **Plaques muqueuses latentes, ignorées.** — Les syphilides muqueuses de la bouche n'ont pas et ne sauraient avoir de symptomatologie propre; elles ne se traduisent que par les symptômes propres à toutes les lésions buccales.

Or, ces symptômes sont de trois ordres : 1° des phénomènes douloureux, très variables, depuis la simple gêne locale jusqu'à la douleur vraie; — 2° une certaine exagération réflexe de la salivation; — 3° quelques troubles fonctionnels de mastication, de parole, de déglutition, etc.

Mais quelle inégalité dans ces trois symptômes d'un malade à un autre! Tel souffre véritablement de plaques muqueuses buccales, et tel autre ne s'en aperçoit même pas. Tel en éprouve un réel

ptyalisme, et tel autre reste exempt de la moindre exagération salivaire. Tel en est gêné pour la mastication, la parole, la déglutition, et tel autre n'en ressent aucun trouble.

Ces différences dans l'expression clinique d'un même ordre de lésions ont généralement leur explication dans des conditions matérielles, relevant du siège, du nombre, de l'étendue, de la modalité phlegmasique ou aphlegmasique des lésions, des complications qui peuvent s'y adjoindre, de l'incurie buccale, des excitations surajoutées, etc., etc. — Quelques exemples :

1° Le siège des lésions joue un rôle majeur en l'espèce, à ce point que, sans exagération, telles ou telles régions de la bouche peuvent être dites *tolérantes* ou *intolérantes* vis-à-vis de la plaque muqueuse. Ainsi, nulle parité, au point de vue de la douleur, entre une plaque muqueuse du palais osseux et une plaque muqueuse du bout de la langue. Une large plaque du palais peut rester ignorée, tant elle est peu sensible. Une minuscule érosion du bout de la langue est agaçante, douloureuse, énervante, gêne la parole, gêne la mastication, et détermine un certain ptyalisme.

2° La forme de la lésion n'est même pas sans importance quelquefois. Une plaque muqueuse étalée est peu douloureuse ; tandis qu'une plaque fissuraire, en rhagade, est toujours éminemment pénible, sans doute parce qu'elle est plus profonde et retentit sur des filets nerveux.

3° L'étendue et le nombre des lésions ont naturellement une influence bien plus marquée. Une petite plaque ou même quelques petites plaques ne font qu'exciter un peu de gêne et une sensibilité légère. Mais des plaques étendues, multiples de siège, confluentes, ne manquent jamais de déterminer une scène symptomatologique tout autre, à savoir : endolorissement général de la bouche ; sensibilité, voire douleur et parfois douleur très vive au contact des aliments chauds, salés, acides, plus spécialement encore du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac ; — salivation accrue, avec besoins fréquents d'expuition ; — gêne plus ou moins notable et gêne douloureuse pour la mastication, pour la parole, pour tous les mouvements de la langue, etc. — De plus, si les plaques siègent au niveau de l'isthme guttural, tous phénomènes d'angine : douleur continue à la gorge ; douleur accrue dans la déglutition des aliments et de la salive ; dysphagie véritable, parfois même sentiment d'une sorte de constriction gutturale, de strangulation ; sommeil troublé par besoin d'expuition, etc. C'est à un tel ensemble clinique qu'on réserve le nom d'**angine secondaire**.

4° Ces symptômes, enfin, s'élèvent parfois à un degré supérieur encore et atteignent leur apogée, lorsqu'aux conditions précédentes vient s'adjoindre une cause d'excitation étrangère. Or, en pareil cas, la cause d'excitation par excellence, c'est le *tabac*.

Un malade qui fume alors qu'il est affecté de plaques muqueuses buccales et surtout un malade qui fume incessamment (le type du genre est le fumeur de cigarettes) aboutit à congestionner ces lésions et à leur conférer un état d'éréthisme inflammatoire dont on ne peut juger qu'après l'avoir de ses yeux vu et dûment constaté un certain nombre de fois.

Sous cette influence, les plaques muqueuses deviennent littéralement rouges, cramoisies, *purpurines*, turgescentes, et, d'autre part, douloureuses, extraordinairement douloureuses. Simultanément, toute la muqueuse buccale rougit et s'enflamme à l'unisson. La salivation réflexe s'accroît jusqu'à dégénérer en ptyalisme continu. La bouche acquiert une sensibilité éréthique, nerveuse, qui fait que la mastication n'est plus tolérée, que les boissons les plus anodines, telles que le lait et l'eau, excitent au passage une impression des plus pénibles, que la parole même s'embarrasse en raison de la difficulté des mouvements de la langue et d'un afflux salivaire exubérant. Longtemps le fumeur intrépide lutte contre de tels symptômes; mais, à un moment, la souffrance devient telle qu'il se condamne lui-même — sacrifice suprême — à déposer la cigarette; il est vaincu par la douleur.

Nul besoin de dire qu'un tel ensemble de symptômes n'est pas l'œuvre de la syphilis seule; il compose en réalité une espèce *hybride*, résultant de l'association d'une *stomatite nicotique* à des syphilides buccales.

5° Voilà, certes, toute une série de raisons bien suffisantes, d'une façon générale, à expliquer les différences qu'on observe d'un malade à un autre en tant que phénomènes symptomatiques des plaques muqueuses buccales. Et cependant il est des cas dont les conditions précédentes ne rendent en rien compte. Exemple : Deux malades sont, je suppose, affectés au même siège de plaques muqueuses de même étendue, de même aspect, de même importance comme lésions; eh bien, il est possible que l'un en souffre et que l'autre n'en souffre pas, voire ne s'en aperçoive pas. Pourquoi? Cela est inexplicable, mais cela n'en est pas moins authentique. Et ce fait même comporte un si haut intérêt pour la pratique, notamment pour la prophylaxie, que besoin est d'y insister comme il le mérite.

Chacun sait que, comme règle habituelle, la plaque muqueuse amygdalienne est douloureuse. Elle l'est plus ou moins, mais elle l'est. Les malades qui n'en souffrent pas à proprement parler en sont tout au moins avertis par une certaine gêne à la gorge, avec difficulté de déglutition. Comme ils le disent eux-mêmes, ils sentent « quelque chose à la gorge », quelque chose « qui n'est pas naturel », et ils viennent à ce propos se faire examiner.

Or, il est aussi certains sujets qui, affectés de lésions identiques comme siège et comme importance, n'en souffrent réellement pas ou

en souffrent si peu qu'ils n'y prennent pas garde, ne s'en inquiètent pas, n'y prêtent pas attention. Il en est même qui ne s'en aperçoivent absolument pas. Que de fois ne m'est-il pas arrivé, et cela en ville comme à l'hôpital, de découvrir des plaques muqueuses amygdaliennes sur des malades qui ne se plaignaient en rien de la gorge, qui disaient « n'y rien sentir », et qui restaient ébahis (non moins que fort anxieux quelquefois) d'avoir là un accident qui ne s'était révélé pour eux par aucun trouble, aucune douleur !

Or, il est à cela une conséquence, et une conséquence grave. C'est que de tels sujets, *dans l'ignorance où ils sont de leur mal, s'exposent à le transmettre.* Exemple :

Je reçois un jour la visite d'un jeune officier. « Il a eu, me raconte-t-il, la syphilis il y a quinze mois. Il s'en est traité, bien traité, et depuis un an il est resté indemne de tout accident. *Il n'a rien* non plus aujourd'hui ; mais, comme il va partir pour un assez long voyage, il vient s'informer près de moi de ce qui lui reste à faire comme traitement. » Je l'examine, et lui trouve, sur une amygdale, une plaque muqueuse très caractérisée, opaline, indéniable. D'abord, stupéfaction de mon malade : « C'est impossible, me dit-il, impossible ; car, je m'observe bien, je m'étudie, et *je ne me suis rien senti à la gorge.* » Puis, explosion de désespoir : « Alors, avec cela j'ai pu transmettre ma maladie ! Eh bien, hier, j'ai eu rapport avec une jeune femme mariée que j'adore, et je n'aurais pas été capable d'une telle infamie si j'avais pu me croire malade ! Mais, sur mon honneur, je ne pouvais me croire malade, n'ayant rien, absolument rien senti d'anormal dans ma gorge. »

Or, les faits de ce genre sont loin d'être rares. J'ai déjà vu nombre de fois, dans la clientèle de ville, des contagions syphilitiques être transmises par des plaques buccales restées **ignorées**, et restées ignorées parce qu'elles n'avaient donné lieu à aucun symptôme, à aucune douleur. J'aurais à citer, par exemple, plusieurs cas dans lesquels des maris affectés de syphilis ont contagionné leur femme par des syphilides de la bouche ou de la gorge, et cela bien qu'avertis, bien que se surveillant, s'épiant, s'examinant chaque jour avec le plus grand soin. Inutile de dire si de tels faits sont à enregistrer pour la pratique.

De là, au total, deux enseignements à déduire :

1° C'est, d'abord, que nous devons, nous, médecins, nous astreindre à inspecter la bouche et la gorge de tout sujet syphilitique qui se présente à notre examen ; et cela *dans tous les cas*, et cela alors même que notre consultant déclare « ne rien avoir là ». Car, plus d'une fois, il nous arrivera de découvrir là des lésions *ignorées*, du fait desquelles une contamination pourrait être transmise.

2° C'est, en second lieu, que tout sujet syphilitique qui prétend, en dépit de sa syphilis, vivre de la vie commune (j'entends de la vie

conjugale ou pseudo-conjugale) doit obéir à l'obligation de s'observer et, notamment, de se surveiller avec un soin minutieux la bouche et la gorge (à ne parler pour l'instant que de ces deux organes); car il peut porter là *inconsciemment* des lésions d'ordre contagieux. Or, cela, nos malades ont bien le droit, étrangers qu'ils sont aux choses médicales, de *ne pas le savoir;* mais c'est à nous de le leur apprendre, pour les tenir en garde contre cet ordre de *contagions possibles par accidents ignorés.*

DIAGNOSTIC. — Tout d'abord, **la plaque muqueuse buccale a-t-elle quelque attribut propre, spécial?** — Cela serait à croire, puisqu'à tout instant on entend parler de plaques muqueuses « caractéristiques ». Voyons donc quels caractères peuvent ainsi la déterminer spécifiquement.

Serait-ce sa configuration? Mais cette configuration est éminemment variable, tantôt arrondie, tantôt ovalaire ou elliptique, tantôt fissuraire, etc.

Serait-ce son étendue? Mais il y a des plaques muqueuses petites, moyennes ou grandes.

Serait-ce quelque attribut tiré de ses bords ou de son fond? Mais nous n'avons rien trouvé de semblable dans l'analyse clinique que nous venons de faire de la lésion.

Serait-ce sa couleur ? Mais cette couleur varie du rouge au gris et du gris au blanc, etc. ; elle est donc sujette à trop de variétés pour constituer un élément séméiologique.

Et ainsi de suite.

Bref, quand on analyse un à un les caractères objectifs de la plaque muqueuse buccale pour les comparer à ceux d'autres lésions de même siège, on n'aboutit à trouver quoi que ce soit qui lui appartienne en propre et qui soit de nature à la dénoncer, à l'attester sûrement en tant que plaque muqueuse.

Tout au plus, dans deux de ses formes, présente-t-elle une physionomie, sinon caractéristique, au moins quelque peu particulière, à savoir :

1° Dans sa forme papuleuse, où, tout à la fois orbiculaire de contour et convexe de surface, elle constitue une véritable **pastille** déposée sur le tégument muqueux. Cette configuration en pastille lui est presque propre, et l'on peut dire, sans exagération, que toute lésion qui présente cet aspect devient, de par cela seul, fortement suspecte. On conçoit toutefois que la lésion la plus vulgaire, venant à s'exhausser accidentellement, est susceptible de prendre une physionomie à peu près semblable.

2° Dans sa forme **en segment d'anneau**. — Assurément, cette autre configuration est plus familière à la syphilis qu'à toute autre lésion buccale, mais elle ne lui appartient pas en propre. A preuve la

glossite exfoliante marginée qui, elle aussi, se caractérise par des lésions en segments de circonférence.

En définitive, donc, *la plaque muqueuse buccale n'a pas de signe objectif qu'on puisse dire caractéristique.* Et les auteurs qui ont parlé de « plaques muqueuses buccales caractéristiques » ont doté imprudemment ces lésions d'une spécificité objective qu'elles ne possèdent pas.

La preuve en est qu'en pratique on ne diagnostique pas la plaque muqueuse buccale par elle-même, non plus que la syphilis par la plaque muqueuse, mais bien qu'on diagnostique la plaque muqueuse par la syphilis, c'est-à-dire par le concours d'autres accidents spécifiques, soit actuels, soit antérieurs. Exemple : Un malade se présente à nous avec une érosion buccale ou gutturale qui, de par ses caractères objectifs, peut bien être une plaque muqueuse. *De visu* et sans autres considérations, allons-nous assigner à cette lésion la qualité de plaque muqueuse ? Nous nous en garderons bien, et pour cause. Tout au contraire, que faisons-nous, et cela bien plus sagement ? Nous nous empressons de rechercher sur le malade soit d'autres accidents contemporains de syphilis, ou, à leur défaut, des stigmates ou des signes d'anamnèse relatifs à la syphilis. Et alors, de deux choses l'une : ou bien nous trouvons le malade en état non douteux de spécificité, et, dans ce cas, nous concluons de ce fait que, suivant toute vraisemblance, la lésion doit être une plaque muqueuse ; — ou bien notre examen ne relève rien de suspect, et, dans cette seconde alternative, nous nous abstenons prudemment d'un diagnostic ferme en nous bornant à dire : Voilà une lésion qui ressemble bien à une plaque muqueuse ; mais impossible à nous de l'affirmer comme telle, en l'absence de tout autre témoignage de spécificité.

Cela posé en principe, venons au diagnostic différentiel.

Il est une foule d'affections, et des plus diverses, qui, à la bouche, peuvent donner le change pour la plaque muqueuse syphilitique. Je citerai les principales, en insistant seulement sur celles qui sont de nature à constituer de réelles difficultés pour la pratique.

I. — **Érosions simples**, inflammatoires ou autres. — De telles lésions peuvent simuler la plaque muqueuse dans sa forme érosive, tout à fait superficielle. Par exemple, rien de plus analogue objectivement à une syphilide érosive qu'une érosion résultant d'un abus chronique de tabac ou d'une brûlure provenant de la cigarette.

On trouve écrit partout que ces lésions banales se différencient de la plaque muqueuse en ce qu'elles sont d'étendue moindre ; — de forme moins régulière, moins arrondie ; — en ce qu'elles sont plus rouges, plus inflammatoires ; — en ce qu'elles affectent une durée moindre, etc. Cela est vrai. Mais, d'une part, ces signes sont loin

d'être constants, et, d'autre part, ils ne consistent qu'en des nuances. Or, ce sont là, malheureusement, les seuls dont on dispose. De sorte qu'en réalité il est souvent non pas difficile, mais impossible (qu'on remarque le mot) d'instituer un diagnostic formel entre deux lésions cependant si distantes comme nature et comme importance clinique, à savoir : une insignifiante érosion de la bouche et une plaque muqueuse, expression d'une maladie telle que la syphilis. Au reste, cette réflexion trouvera aussi sa place dans plusieurs des chapitres qui vont suivre.

II. — **Herpès buccal**, et notamment, **herpès récidivant buccal**. — L'herpès accidentel, qui ne se produit que pour une fois, n'est qu'une rareté dans la syphilis. Au contraire, l'herpès récidivant y est fort commun. Or, en raison de ses répétitions incessantes et de sa durée, non moins aussi que des incertitudes diagnostiques auxquelles il donne lieu bien souvent, ce dernier devient une affection importante qui fait le désespoir des malades et du médecin. Il mérite donc d'être connu, et ce ne sera pas un hors-d'œuvre, je pense, que de reproduire ici la description que j'en ai donnée ailleurs (1).

« ...Sans avoir une fréquence comparable à celle de l'herpès récidivant génital, l'herpès récidivant buccal ne laisse pas cependant d'être assez commun. On ne le rencontre guère à l'hôpital, c'est vrai, mais cela pour la très simple raison que nos malades d'hôpital n'ont pas de temps à perdre pour venir nous consulter à propos d'une affection sans gravité. C'est donc presque exclusivement dans la clientèle de ville qu'on fait connaissance avec cette entité morbide et qu'on peut l'étudier, la suivre dans sa longue carrière.

1. — Il n'est pas d'exagération à dire que cet herpès buccal constitue à tous égards le digne pendant de l'herpès génital récidivant. Comme ce dernier, en effet, c'est un herpès ; — comme lui, c'est un herpès à récidives multiples, devenant un ennui, un véritable cauchemar pour les malades ; — comme lui, enfin, c'est une affection extraordinairement rebelle et d'une longévité désespérante.

Il ne s'en rapproche pas moins par l'obscurité de son étiologie. Et, en effet, ses causes efficientes, vraies, celles qu'il serait le plus intéressant de connaître, nous échappent absolument.

Ce que nous en savons, au point de vue étiologique, se borne à la notion de quelques causes prédisposantes ou indirectes, l'une d'elles d'importance majeure cependant.

Ainsi, de même que l'herpès génital, il affecte presque exclusivement les jeunes sujets. — Comme lui encore, il semble trouver une prédisposition dans le tempérament arthritique.

Il sévit sur l'homme et respecte le sexe féminin. Tout au moins, ne l'avons-nous encore observé que très rarement chez la femme.

(1) Voy. *Leçons sur l'herpès*, recueillies par le Dr Emery. Paris, 1896.

Mais voici qui est bien autrement curieux. Il trouve certainement une cause d'appel dans une affection spéciale, à savoir la *syphilis*. On peut dire que, dix-neuf fois sur vingt, cet herpès est en connexion avec la syphilis, et cela, toujours dans les mêmes conditions qu'il importe de préciser. Presque invariablement, c'est au cours ou à la suite de l'étape secondaire qu'il commence à apparaître, pour continuer au delà sa longue carrière ; c'est-à-dire qu'on l'observe sur des sujets en puissance de syphilis depuis un, deux, trois, quatre ans, conséquemment à l'époque ou peu après l'époque où les syphilides buccales secondaires accomplissent ou viennent de terminer leur évolution. Plus généralement encore il leur succède, il les remplace. Il constitue donc, en quelque sorte, ce qu'on pourrait appeler un accident métasyphilitique.

Est-ce l'irritation buccale, conséquence des syphilides secondaires de la région, qui suffit à lui servir d'invite et de provocation ?

Ou bien est-il sollicité, appelé sur la bouche par d'autres irritations connexes, telles que l'irritation mercurielle et le tabac ?

Ou bien encore obéit-il à l'ensemble de ces diverses causes provocatrices ? C'est là ce qui ne saurait encore être déterminé.

Toujours est-il que la scène, telle qu'elle se présente presque invariablement, est la suivante :

Un jeune homme a contracté la syphilis. Du fait de cette syphilis, il a éprouvé divers accidents et notamment des accidents buccaux qui se sont d'autant plus répétés que c'est un fumeur. On l'a traité par le mercure longuement, assidûment ; tout a cédé ; il n'est plus question de rien et la syphilis paraît éteinte. Puis, voici que tout à coup des érosions apparaissent à la bouche, sur la langue notamment. Ces érosions (que généralement on ne manque guère de prendre pour des plaques muqueuses), on s'empresse de les cautériser et de les combattre par quelques topiques, en même temps que par un nouveau traitement mercuriel. Huit jours plus tard, c'en est fait, et ces érosions ont disparu.

Puis, quelques semaines au delà, invasion nouvelle d'érosions tout à fait semblables aux premières et de caractère et de siège. Nouveau traitement, et même guérison rapide.

Puis, quelques semaines ou quelques mois plus tard, mêmes accidents. — Et ainsi de suite, comme pour l'herpès génital récidivant.

Finalement, cela se continue de la sorte pendant des mois et des années, en dépit de tous les traitements locaux ou généraux, en dépit, notamment, et peut-être même en raison des traitements mercuriels que l'on se croit obligé de prodiguer contre des récidives d'accidents toujours et à tort considérés comme spécifiques.

Telle est, en abrégé, la scène, qui reproduit exactement à la bouche ce qu'est l'herpès récidivant génital à la verge, de façon à réaliser, au total, un véritable *herpès récidivant buccal*.

II. — Comme localisation, cet herpès peut occuper à peu près tous les départements de la bouche, mais il a, dans la bouche, un siège par excellence qu'il affecte au moins dix-neuf fois sur vingt. C'est la *langue*.

Et, sur la langue, il a aussi ses districts préférés ; le plus souvent il se cantonne le long des *bords latéraux* de cet organe.

En dehors de la langue, et le plus souvent en coïncidence avec des localisations linguales, il se porte le plus fréquemment sur les lèvres et les joues.

III. — Ses caractères objectifs ne sont autres que ceux d'une éruption herpétique des muqueuses. Mais ici, les détails, voire les détails minutieux, sont nécessaires ; car on conçoit facilement qu'il y ait grand intérêt à différencier objectivement l'herpès buccal de la lésion qu'il est le mieux fait pour simuler, à savoir : la syphilide buccale érosive.

L'herpès lingual peut se présenter à l'observation sous trois aspects différents, qui ne sont que des aspects d'âges divers, c'est-à-dire :

Sous celui d'une simple *tache grisâtre*, opaline, lactescente, laiteuse même quelquefois ;

Sous celui d'une *érosion encadrée d'une collerette blanchâtre ;*

Sous celui d'une *érosion* pure et simple.

Dans son premier âge, l'herpès lingual n'est que ceci : une tache sur la langue, une toute petite tache, mesurant l'aire d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un pépin de poire, au maximum d'un pépin d'orange.

Cette tache, qui fait à peine une saillie appréciable sur le derme muqueux, est grisâtre, opaline, lactescente, voire laiteuse quelquefois ; on dirait qu'à ce niveau la langue a été recouverte d'un enduit de collodion ; on dirait (et ceci est la vérité anatomique) que l'épithélium en voie de décollement et déjà macéré par la salive ne forme plus à la surface de l'organe qu'un revêtement pseudo-membraneux près de se rompre et de se détacher.

Puis, en effet, cet épihélium mort se désagrège, se détruit du centre à la circonférence de la lésion, et finit par tomber en laissant à nu la surface du derme.

Si bien qu'à un moment donné, alors que des lambeaux d'épithélium restent encore adhérents à la circonférence de la plaque, la lésion apparaît sous forme d'une érosion encadrée par une *collerette blanchâtre*, laquelle est formée par un liséré d'épithélium non encore détaché.

Cette collerette, cela va sans dire, peut être complète ou incomplète. Vient un moment où elle n'est plus constituée que par de petits débris presque insignifiants, lesquels, comme nous le verrons, n'en ont pas moins une signification que le diagnostic exploite avec profit.

Enfin, dans son dernier stade (et c'est le plus souvent, presque toujours même à cette époque qu'on a l'occasion d'examiner les malades), la lésion ne se présente plus que sous l'aspect d'une érosion pure et simple.

C'est alors une *érosion* du derme muqueux, et rien de plus; — érosion petite, miliaire, « en tête d'épingle »; — superficielle, plate; — arrondie de contours, quand elle est isolée; — sinueuse, irrégulière, polycyclique et microcyclique, lorsque, plus large, elle résulte de plusieurs érosions voisines qui se sont agminées et confondues.

Tel est l'herpès lingual en tant que symptômes objectifs. Voyons maintenant quels troubles fonctionnels il comporte.

L'apparition de l'herpès est précédée parfois de divers symptômes d'éréthisme local (élancements névralgiformes, picotements, prurit, ardeur, brûlure, etc.). Ces symptômes prémonitoires ne trompent pas certains malades, qui, coutumiers du fait, présagent l'invasion imminente d'un herpès rien qu'à ces légers avertissements.

En tout cas, une fois constitué à l'état d'érosion, l'herpès devient sensible, douloureux. Il « fait souffrir », disent les malades, et plus qu'une simple plaque muqueuse. Il endolorit la langue. Il gêne plus encore pour mastiquer, car il est particulièrement sensible au contact de certains aliments acides, du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac, etc.

Mais, soumise à une médication topique des plus simples, légèrement touchée au nitrate d'argent, la lésion ne tarde pas à se modifier, puis se répare et se cicatrise. Même abandonnée à elle-même, elle aboutit à guérir, quoiqu'un peu plus tardivement.

La lésion guérie, tout est fini, tout rentre dans l'ordre.

Quelques semaines se passent ainsi en parfait état. — Puis, survient une explosion nouvelle qui reproduit les mêmes lésions sur le même siège, avec le même aspect, les mêmes symptômes, et pour la même durée. — Puis, à intervalles variables de quinze jours à deux, trois, quatre mois, se fait une explosion nouvelle. — Et ainsi de suite pour une durée qu'il serait impossible de préciser, mais qui, d'après mes observations, peut ne pas être inférieure à deux, trois et quatre ans.

IV. — Il ne faudrait pas se méprendre sur l'intérêt et l'importance pratiques de cet herpès récidivant buccal. Certes, ce serait une grave erreur que de le dédaigner au titre d'une « petite maladie » ou d'un insignifiant bobo. Il en va tout autrement.

D'abord, c'est un mal qui exerce sur le moral la même réaction que l'herpès génital récidivant, en raison de ses perpétuelles récidives qui semblent, aux yeux des malades, témoigner d'une infection permanente et toujours en éveil. Chez les syphilitiques, en particulier, c'est là une source intarissable de transes et d'appréhensions. « Mais qu'ai-je donc à la bouche ? Est-ce que c'est contagieux ? Est-ce qu'avec cela je puis donner du mal à une femme ? » Voilà ce que, dix,

vingt, trente fois, les malades viennent demander à leur médecin, et non sans anxiété, voire, à la longue, non sans découragement et désespoir.

Puis, pour le médecin, cette petite affection est essentiellement matière à incertitudes, à erreurs, à fausses manœuvres, à fautes thérapeutiques. Très souvent et très légitimement, il reste dans le doute à son sujet et n'ose risquer un diagnostic. Car, s'il se trompe, en prenant une plaque muqueuse pour un herpès, jugez des conséquences d'une telle erreur au point de vue de la contagion. Et, s'il se trompe en sens inverse, c'est-à-dire s'il prend l'herpès pour une plaque muqueuse, le voilà jetant le trouble dans l'esprit de son client, le voilà doublant et triplant les doses de mercure, et aboutissant de la sorte, par irritation de la bouche, à provoquer de nouvelles repullulations herpétiques, etc. Enfin, que répondra-t-il, que pourra-t-il répondre à son client, s'il vient à être consulté par lui sur la possibilité d'un mariage ? Etc., etc.

En sorte qu'à tous égards il y aurait intérêt majeur à ce qu'un diagnostic précis pût intervenir entre l'herpès récidivant et la syphilis de la bouche. Ce diagnostic, voyons quelles peuvent en être les bases.

v. — Certes, l'excessive multiplicité des récidives et l'impuissance du traitement spécifique à les réprimer sont des témoignages presque significatifs en faveur de l'herpès. Mais notez, d'abord, que ce sont là des témoignages *tardifs*, qui n'éclairent le diagnostic qu'à la longue, qu'à échéance plus ou moins lointaine ; notez, de plus, qu'ils n'ont rien de rigoureusement absolu, car la syphilis, elle aussi, est sujette à récidives et n'obéit pas toujours au traitement.

Sans doute, aussi, l'herpès se distingue de la plaque muqueuse en ce qu'il est plus douloureux qu'elle, plus agaçant, plus éréthique. Mais c'est là un bien petit signe, dont il n'est permis de tirer qu'une simple présomption.

En sorte que, tout compte fait, c'est aux signes objectifs qu'il faut en venir pour déterminer le diagnostic. Qu'avons-nous à en attendre ?

La *ténuité* de l'érosion herpétique a bien sa valeur. Mais il peut y avoir de grands herpès, comme aussi de petites syphilides.

L'herpès se dénonce souvent par son aspect de petite plaque *opaline*, lactescente, voire laiteuse. Mais certaines syphilides linguales ont aussi l'apparence pseudo-membraneuse, diphtéroïde.

En sorte que ces deux signes laissent place à l'erreur.

En revanche, il n'en est pas de même des trois suivants qui sont beaucoup plus décisifs en faveur de l'herpès. A savoir :

1° *Érosions miliaires aberrantes.* — Il n'est pas rare qu'à certaine distance du bouquet herpétique principal, dont les éléments agminés forment la lésion qui peut donner le change pour une plaque muqueuse, il se produise de petites érosions *isolées*, qui conservent leur *ténuité*

originelle et qui, à ce titre, s'attestent comme lésions d'herpès. Impossible de prendre pour des plaques muqueuses ces érosions minuscules, ne dépassant pas comme surface l'aire d'une tête d'épingle; car, si petite soit-elle, la plaque muqueuse ne se présente jamais amoindrie à ce degré. Donc, la présence d'une ou de quelques-unes de ces érosions miliaires à distance de la plaque principale est une présomption réelle en faveur du caractère herpétique de la lésion.

2° *Collerette* ou *vestiges de collerette épithéliale servant de cadre à la lésion.* — Lorsqu'une érosion linguale se présente encadrée ou incomplètement bordée sur ses bords par une frange épithéliale opaline ou blanche, on est presque autorisé, *ipso facto*, à en affirmer le caractère herpétique, à l'exclusion de la syphilis. Pourquoi? Parce que cette collerette ou ce lambeau de collerette est un témoignage du processus *vésiculeux* qui a servi d'origine à la lésion; c'est le débris même de la vésiculation initiale. Or, des deux lésions en parallèle, c'est l'herpès qui débute par un processus vésiculeux, tandis que la plaque muqueuse ne dérive jamais d'une vésicule. Pour elle, une collerette épithéliale n'aurait pas raison d'être. Jamais, en effet, elle ne se présente sous cet aspect.

3° *Contours sinueux de la lésion, à segments microcycliques.* — J'ai déjà trop souvent insisté, au cours de cet ouvrage, sur ce dernier signe pour avoir à le décrire à nouveau (1). Je rappellerai simplement que c'est là le signe *pathognomonique* de l'herpès. Lors donc qu'il peut être constaté d'une façon formelle, il atteste irrécusablement la qualité herpétique de la lésion.

Sans doute, ces trois derniers éléments séméiologiques sont loin d'être constants. Mais il est assez rare qu'ils fassent défaut tous à la fois. De sorte qu'en général (je ne dis pas toujours) le diagnostic peut être établi sur tel ou tel d'entre eux. »

III. — **Aphthe.** — L'aphthe se différencie bien plus facilement que les lésions précédentes des syphilides buccales. Il a, en effet, si je puis ainsi parler, une véritable individualité objective, qui s'affirme par les quatre caractères suivants :

1° *Orbicularité* et orbicularité parfaite (sauf exceptions rares, par exemple lorsqu'il siège sur les bords de la langue). Il figure une petite lentille correctement circulaire, et il en affecte également le diamètre.

2° *Entaillure en cupule.* — Il est littéralement taillé à l'évidoir, c'est-à-dire qu'il s'enfonce en pente douce dans les tissus, de sa circonférence à son centre. — Les syphilides au contraire constituent des érosions plates.

3° *Belle coloration jaune*, et *d'un jaune beurre frais.* — L'aphthe

(1) Voy. pages 81 et 83.

est jaune, absolument jaune, en raison d'un exsudat spécial qui, pour quelques auteurs (J. Worms, en particulier), serait presque pathognomonique. — Les syphilides, au contraire, ont un fond rouge ou grisâtre.

4° *Liséré carmin circonférenciel.* — Enfin, il est bordé, au moins dans les premiers jours, par une très fine collerette inflammatoire, qui figure à sa circonférence un liséré d'un rouge carminé. — Rien de semblable dans les syphilides, qui, relativement, sont des lésions aphlegmasiques sans auréole.

D'autre part, enfin, l'aphthe est *douloureux*, plus douloureux que ne l'est une syphilide. Il est agaçant, énervant, pongitif, sensible au contact des aliments et des boissons, *érethique*, en un mot ; — ce que n'est pas une plaque muqueuse.

IV. — **Hydroa buccal.** — Je l'ai qualifié du nom de « Sosie de la plaque muqueuse buccale » ; et, en effet, il la simule parfois à ce point qu'il lui est, non pas semblable, mais rigoureusement identique.

L'énanthème buccal de l'hydroa peut affecter, comme on le sait, tous les départements de la bouche : mais il a là deux sièges préférés, à savoir : la muqueuse des lèvres et le plateau dorsal de la langue.

Son évolution se compose de trois stades : un stade érythémateux, où de petits disques congestifs se produisent sur la muqueuse ; — un stade vésiculeux, où l'épithélium se soulève par le fait d'une exsudation séreuse sous-jacente, puis, très rapidement, se crève et s'affaisse, en recouvrant la surface éruptive d'une sorte de revêtement pseudo-membraneux ; — un stade érosif, où, après émiettement et séparation de cette couche épithéliale, le derme apparaît à nu. C'est alors que se trouve constituée une série de petites érosions superficielles, rouges, lisses de surface, plates, larges comme une lentille, un haricot, une amande, arrondies ou ovalaires, et nettement délimitées de contour. — Sur la langue, en outre, l'aire érosive contraste avec l'apparence villeuse des parties périphériques par son aspect lisse, dû à l'étêtement des papilles.

Cet énanthème hydroïque est essentiellement SYPHILOÏDE, et syphiloïde au suprême degré. Il simule la plaque muqueuse ; il la simule avec une identité objective absolue. A ce point qu'à première vue tout le monde, sans exception aucune, s'y laisse prendre et diagnostique syphilis sans hésitation comme sans arrière-pensée. L'erreur est non pas possible, mais fatale. *A fortiori* est-elle commise (mais alors sans espoir de retour) par les médecins qui n'ont pas notion de l'hydroa buccal.

Aussi bien les méprises sont-elles absolument communes en l'espèce. Et inutile de dire quelles conséquences elles comportent, puisqu'elles

n'aboutissent à rien moins que voir la vérole là où elle n'est pas. A preuve le cas suivant que, vu l'importance du sujet, je crois intéressant de relater :

Il y a une quinzaine d'années, je fus mandé dans une excellente et patriarcale famille bourgeoise que je trouvai littéralement dans la consternation. Il y avait là une grande et belle jeune fille de dix-sept ans que l'on croyait affectée de syphilis. Et cependant cette jeune fille, élevée au foyer paternel, n'ayant jamais (suivant l'expression vulgaire) quitté les jupes de sa mère, était à l'abri de tout soupçon. Quelle contagion mystérieuse et tout accidentelle l'avait donc frappée? On se perdait en conjectures, ne mettant pas en doute d'ailleurs le diagnostic du médecin de la famille (confrère très estimable et praticien fort instruit), qui s'était prononcé catégoriquement et avait déclaré la syphilis « indéniable, bien que sans explication possible »,de par une série de « plaques muqueuses buccales ».

J'examinai la malade, et je confesse que ma première impression fut absolument conforme au diagnostic que l'on m'avait énoncé. Oui, les lésions buccales que je voyais sur les lèvres, la langue et le voile palatin, étaient bien des plaques muqueuses; elles en avaient tous les caractères objectifs. Impossible de le nier.

Mais alors, recherchant des signes confirmatifs de ce diagnostic sous forme d'autres accidents de syphilis soit actuels, soit antérieurs, je n'en trouvai pas le moindre. Puis, d'autre part, dans cette recherche, je rencontrai ce qui fut pour moi un trait de lumière, à savoir : d'une part, plusieurs macules d'un rouge sombre sur la face dorsale de l'un et l'autre métacarpe, vestiges de « boutons » qui s'étaient produits là récemment; — et, d'autre part, au niveau du bord cubital d'un poignet et masquée par un bracelet, une petite papule à centre vésiculeux. Plus de doute! C'était là de l'hydroa cutané, coexistant avec de l'hydroa buccal, et les prétendues plaques muqueuses buccales, qui avaient surpris le diagnostic de mon confrère et le mien, n'étaient rien autre qu'un énanthème hydroïque.

En effet, les lésions buccales disparurent en quelques jours sous l'influence de quelques soins locaux. Et, quant à la syphilis, il n'en fut plus jamais question, pour la bonne raison qu'elle n'avait rien à voir en l'espèce.

Si semblables que soient les deux lésions, l'objectivité reste-t-elle impuissante à établir de l'une à l'autre quelques différences? Non, et préciser ici sera de rigueur.

Alors qu'il est encore *jeune*, l'énanthème buccal peut être reconnu, soupçonné tout au moins, de par trois caractères que voici :

1° Il est *plus rouge*, *plus inflammatoire* d'aspect, que ne l'est jamais la plaque muqueuse. Il offre une teinte animée presque dénonciatrice. Il est positivement « *trop rouge* » pour être confondu avec une syphilide. — Mais cet aspect inflammatoire n'a qu'un temps ; il s'atténue en quelques jours, au delà desquels la plaque hydroïque n'est plus que rouge à la façon de toute érosion. — Ce n'est donc là qu'un signe éphémère.

2° De même, quand il est encore jeune, il peut offrir à sa circonférence une collerette ou quelques débris de *collerette pseudo-membraneuse*. Cette collerette est formée par des fragments non encore détachés de l'exfoliation épithéliale constitutive de la vésiculation hydroïque. Si minime soit cette frange membraneuse qui encadre l'érosion, elle n'en est pas moins significative ; car elle atteste un processus vésiculeux antérieur, lequel est une étape nécessaire de l'évolution hydroïque, tandis que la plaque muqueuse n'offre rien de semblable.

3° Il n'est pas impossible non plus qu'à une période jeune de la maladie on rencontre dans la bouche, à côté d'érosions hydroïques, d'autres éléments hydroïques à l'état de *vésiculation naissante*, avec épithélium encore distendu par un exsudat séreux, ou bien à l'état de *vésiculation fanée*, avec épithélium affaissé sur le derme muqueux à la façon dont l'épiderme s'affaisse sur un vésicatoire dont la phlyctène vient d'être crevée. Ces éléments hydroïques facilement reconnaissables servent alors de témoins pour attester la qualité hydroïque des érosions voisines.

Mais, dans une étape ultérieure, c'est-à-dire alors que les lésions datent d'une huitaine environ, il n'est plus à compter sur le secours des signes que je viens de dire. L'objectivité n'a plus rien à offrir de spécial, et le diagnostic doit se faire alors sur d'autres bases. Comment ?

Deux ordres de cas possibles :

1° Dans le premier, l'énanthème buccal coïncide avec un exanthème hydroïque. Alors, nul embarras. Deux éruptions contemporaines se sont produites l'une sur la bouche et l'autre à la peau ; il est logique de les rapporter l'une et l'autre à une même origine (réserve faite pour l'hypothèse rigoureusement admissible, mais plus qu'invraisemblable, d'une coïncidence morbide, sur la possibilité de laquelle on sera d'ailleurs rapidement fixé par l'examen du malade au point de vue spécifique).

2° Dans le second ordre de cas, beaucoup plus rare, il existe un *énanthème buccal sans éruption cutanée*. Et alors, en l'absence de toute donnée séméiologique fournie par l'objectivité des lésions, le diagnostic repose tout entier sur la considération suivante : Le malade est-il ou non en état de syphilis ?

S'il est syphilitique (et syphilitique à une période où des éruptions secondaires soient encore possibles), rien de plus logique que de rapporter à la syphilis les lésions buccales.

Au contraire, n'est-il pas syphilitique, il y a tout lieu de conclure à la nature hydroïque de ces lésions, tout en réservant l'hypothèse d'une syphilis restée latente jusqu'alors. En vue d'en finir avec cette dernière hypothèse, on aura soin de s'abstenir de toute intervention spécifique et de mettre simplement le malade en observation. De la

sorte, abandonnée à son évolution propre, la syphilis — si syphilis il y a — ne tardera pas à se trahir par quelque manifestation ; — comme, inversement, rien de syphilitique ne se produira, si la syphilis n'est pas en cause. — Ce critérium d'évolution est, en l'espèce, le seul moyen d'élucider un diagnostic insoluble par toute autre voie.

V. — **Glossite exfoliante marginée.** — La singulière affection que j'ai baptisée de la sorte et qui a été si parfaitement décrite par un de mes élèves, le Dr Lemonnier (1), est encore un type éminemment *syphiloïde*. Elle est merveilleusement faite pour simuler les syphilides : et par sa physionomie générale et par sa circination constante. Aussi bien est-elle restée longtemps englobée dans le cadre de la syphilis, sous les noms de syphilide circinée, syphilide desquamative de la langue, etc. Au reste, encore fort peu connue en dehors du petit camp des spécialistes, elle persiste à être communément confondue avec les syphilides linguales et traitée comme telle.

Trois caractères cependant la différencient de ces dernières, à savoir :

I. — D'abord, un caractère objectif qui la signale du premier coup-d'œil à l'attention et qui lui est propre, qui même, dirai-je, en est pathognomonique. C'est l'existence *constante*, sur un segment plus ou moins étendu de chacun de ses petits placards, d'un **liséré** qui lui sert de cadre. Ce liséré est triplement remarquable :

1° par sa *finesse* (il est très ténu, mesurant d'un quart de millimètre à un millimètre tout au plus);

2° par sa *couleur blanche* ou blanc grisâtre, qui tranche sur le ton rouge des parties périphériques ;

3° par son **trajet curviligne**, en forme de C, de segment de circonférence, d'arc de cercle, d'arceaux conjugués, etc.

Ce liséré, je le répète, offre un aspect tout à fait spécial et ne se rencontre, que je sache, dans aucune autre affection linguale. Il est donc distinctif par excellence.

II. — Un autre caractère, celui-ci, également spécial à l'affection et véritablement extraordinaire, consiste dans la **mobilité** de ses éléments éruptifs, qui, positivement, se déplacent, cheminent, se portent d'un district à un autre district de la langue. Si ce n'est d'un jour à l'autre, tout au moins d'une semaine à la suivante, ces placards changent de situation, non moins que d'étendue et de forme. A ce point que tout d'abord j'avais qualifié cette affection du nom de *glossite ambulante* ou *nomade*. — Inutile de dire que rien de semblable ne s'observe avec les syphilides.

II. — Enfin, l'affection est constituée par des lésions très manifestement différentes des véritables syphilides, en ce que le mercure n'exerce jamais sur elles la moindre influence modificatrice.

(1) Lemonnier, *De la glossite exfoliatrice marginée*, thèse de Paris, 1883. — On y remarquera plusieurs très belles planches, des plus instructives.

VI. — **Perlèche.** — Encore un type *syphiloïde* par excellence, voire syphiloïde, à ce point qu'il serait, a-t-on dit, « non différenciable objectivement des types correspondants de la syphilis secondaire ». Plus d'une fois déjà, en effet, la perlèche a été prise pour une manifestation syphilitique; elle a même donné lieu, par erreur, à des revendications judiciaires.

Bien étudiée par le Dr Lemaistre (de Limoges), puis par le Dr P. Raymond, la perlèche consiste en un état morbide des commissures labiales, constitué par deux éléments : d'une part, une exfoliation épithéliale de la muqueuse des lèvres vers leur district commissuraire; — et, d'autre part, un sillon ulcéreux, une rhagade de la commissure.

Elle affecte surtout les enfants, chez lesquels, par contagion, elle sévit souvent sous forme épidémique. Plus rarement elle s'observe sur l'adulte, qui presque toujours la reçoit d'un enfant.

Comme physionomie de lésion, elle rappelle absolument la plaque muqueuse commissuraire, telle que je l'ai décrite précédemment. Elle la rappelle par sa circonscription exacte à la région commissuraire; — par sa forme de lésion en feuillets de livre, composée de deux segments qui, affectant l'extrémité de l'une et l'autre lèvre, sont, tour à tour, adossés ou séparés, suivant que la bouche se ferme ou s'entr'ouvre; — et, enfin, par la rhagade ulcéreuse qui sépare ces deux segments. — Si bien que tout praticien qui voit la perlèche pour la première fois ne manque jamais de la prendre pour une plaque muqueuse.

« Impossible, même, a-t-on dit, de la différencier d'une plaque muqueuse. » Cela est vrai pour nombre de cas, mais exagéré pour d'autres, me semble-t-il. Quelquefois, en effet, la perlèche ne consiste qu'en une sorte de macération de l'épithélium qui *blanchit*, mais en restant *sec*, *adhérent* et comme plissé, chiffonné. Or, la plaque muqueuse est toujours une *érosion*, une lésion « à vif ». Alors même qu'elle se recouvre d'un enduit, elle n'en est pas moins (et cela visiblement) une érosion dépourvue d'épithélium et tapissée d'un enduit qui sert de masque à une surface dénudée; — ce que n'est pas toujours la perlèche.

En tout cas, de l'aveu commun, les seuls signes objectifs restent en général impuissants à différencier la perlèche de la plaque muqueuse. Or, comme la perlèche n'a que des symptômes objectifs et que, d'autre part, sa bactériologie est encore indéterminée, la question diagnostique aboutit à une impasse ou n'est susceptible que d'une solution indirecte, d'après la constatation de l'état syphilitique ou non syphilitique du malade. Somme toute, la perlèche ne peut encore être affirmée que *par exclusion de la syphilis*, voilà la vérité.

VII. — **Lésions mercurielles.** — Indépendamment de son type aigu

et classique, la stomatite mercurielle se traduit quelquefois, d'une façon sourde et relativement chronique, par des lésions encore peu connues qui peuvent donner le change pour des syphilides buccales. J'ai vu, plusieurs fois, de telles lésions être réputées syphilitiques, traitées comme telles et naturellement aggravées.

Cette forme torpide de la stomatite mercurielle se manifeste par deux ordres d'accidents : des érosions ou des exulcérations de la muqueuse buccale, et des placards diphtéroïdes.

Ces érosions se rencontrent surtout en arrière des dernières molaires (notamment au niveau de la paroi postérieure de l'espace libre qui fait communiquer le vestibule de la bouche avec la cavité buccale), sur la muqueuse génienne et sur les bords latéraux de la langue, plus rarement sur les gencives ou le palais. — Elles sont mal limitées comme frontières, irrégulières de forme, rouges de fond ou parfois grisâtres, et de proportions très variables (lentille, haricot, pièce d'un franc, etc.).

Les placards diphtéroïdes ont un siège de prédilection, à savoir la muqueuse des joues, dans sa moitié postérieure et au niveau des dents. Ils sont généralement ovalaires et comparables, comme dimensions, à un noyau de prune. Ils se recommandent surtout à l'attention par l'aspect tout particulier de leur surface, qui offre une teinte d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc sale, et qui, de plus, paraît tapissée ou bien d'une pellicule pseudo-membraneuse ou bien d'un enduit limoneux très adhérent.

Je ne m'attarderai pas à rechercher ici des différences objectives, entre ces lésions et les syphilides buccales. Car il est d'autres signes qui peuvent plus facilement et plus sûrement déterminer le diagnostic. Ces signes sont naturellement ceux d'une irritation mercurielle de la bouche. Toujours, en effet, on observera en coïncidence avec les lésions sus-décrites divers témoignages de stomatite hydrargyrique, à savoir : gingivites partielles, notamment au niveau des incisives inférieures ou en arrière de la dernière molaire inférieure; — odeur aigrelette et fétide de l'haleine ; — léger degré de ptyalisme, etc. — D'ailleurs l'amendement immédiat, qui suivra la suspension du traitement mercuriel, sera pleinement significatif.

VIII. — **Erosions** ou **ulcérations d'origine dentaire.** — Les excoriations traumatiques qui résultent du contact d'une dent, soit déviée, soit chargée de tartre, soit surtout ébréchée et offrant une arrête aiguë qui lèse la muqueuse, ont été souvent prises pour des manifestations d'ordre syphilitique. L'erreur cependant est facile à éviter, car les lésions de cet ordre ont un signe propre et caractéristique, à savoir, leur relation de contiguïté, leur rapport de *vis-à-vis* avec la dent coupable. — Simple possibilité de méprise qu'il suffira de signaler.

IX. — Nombre d'autres affections buccales pourraient encore prendre place dans ce parallèle diagnostique, mais sans grand intérêt. Car celles qui me resteraient à mettre en scène, tout en présentant d'indéniables analogies avec les syphilides buccales, s'en distinguent aisément par d'autres caractères qui ne prêtent pas à confusion. Il suffira donc de mentionner ici, simplement, quelques-unes d'entre elles, à savoir :

1° Le *chancre syphilitique*, que déterminent suffisamment et son induration propre, et son bubon satellite, et la chronologie morbide.

2° Le *chancre simple*, qui est prodigieusement exceptionnel dans la cavité buccale et que différencient son caractère ulcéreux, ses bords entaillés, son fond jaunâtre et inégal, son auto-inoculabilité, sa bactériologie propre, etc.

3° L'*énanthème de l'antipyrine*, extraordinairement variable de formes, depuis le simple érythème congestif jusqu'aux modalités phlycténoïdes, érosives, excoriatives, diphthéroïdes, œdémateuses, etc. (1). — Se distingue catégoriquement par son étiologie, sa soudaineté d'invasion, son acuité, sa douleur, etc. — Une seule difficulté pratique, c'est de penser à l'antipyrine et de la mettre en cause comme origine possible de tels symptômes, alors que les malades ne déclarent pas spontanément avoir fait usage de ce remède.

Une forme des plus curieuses de cet énanthème buccal, dérivant de l'antipyrine, a été observée par M. le Dr Morel-Lavallée sur une femme qui présentait au niveau du plateau dorsal de la langue « une zone dépapillée, rouge, lisse, luisante, à contours régulièrement polycycliques ». Cette lésion, qui « *reproduisait idéalement l'aspect d'un placard de syphilide muqueuse secondaire* », résultait d'un traitement prolongé par l'antipyrine.

4° L'*ulcère tuberculeux*, dont les caractères ont été signalés précédemment (voy. p. 141).

5° Les *érosions leucoplasiques*, dont il va être question dans l'un des paragraphes suivants.

6° Les *ulcérations du psoriasis buccal*, facilement reconnaissables comme nature, de par leur coïncidence, avec les placards leucomateux dont elles ne sont qu'un épiphénomène.

7° L'*ulcération linguale de la coqueluche*, que signale sa particularité de siège au niveau du frein, etc., etc.

TRAITEMENT. — Le traitement réalise ici un double office bienfaisant. Car on peut le dire tout-puissant à la fois, et pour délivrer à bref délai les malades d'accidents importuns, gênants, douloureux, et pour éteindre non moins vite des foyers de contagion.

(1) Voy. Thèse du Dr V. Clément, où se trouvent réunies nombre d'observations de ce genre. — Paris, 1897.

Trois points se présentent à établir relativement à la thérapeutique spéciale des syphilides de la bouche et de la gorge, à savoir :

1° Qu'il n'est pas à compter sur la médication interne pour faire prompte justice de ces accidents;

2° Que la cautérisation constitue en l'espèce le procédé curatif par excellence;

3° Que l'action des caustiques doit être aidée et complétée par quelques topiques et une hygiène sévère de la bouche.

Premier point. — Attaquer ces lésions exclusivement par la médication mercurielle (et *a fortiori* par la médication iodurée) serait une pratique non pas seulement défectueuse, mais dangereuse. Car ce serait condamner les malades à les conserver bien longtemps, et condamner autrui à en subir la contagion tout le temps qu'elles persisteraient.

S'il est un fait thérapeutique actuellement bien démontré, c'est que les syphilides secondaires de la bouche cèdent bien moins facilement à un traitement général, quel qu'il soit d'ailleurs, qu'au traitement local le plus simple. Si l'on en attendait la guérison du mercure *seul*, on pourrait l'attendre en vain pendant plusieurs mois, tandis qu'avec une médication topique on en fera justice en quelques jours. Le mercure n'est bon qu'à *prévenir* ces accidents, à en modérer la repullulation habituelle, à en tarir la source; mais, une fois produits, il n'exerce sur eux qu'une action curative des plus lentes.

Aussi bien est-ce à la médication topique qu'il faut s'adresser dans tous les cas, pour débarrasser hâtivement les malades de ces lésions.

Second point. — En tant que méthode topique, c'est, de l'aveu général, la cautérisation qui agit le plus énergiquement et le plus rapidement sur ces accidents. Ce que fait à peine le mercure en des semaines et des mois, la cautérisation le réalise en quelques jours, et cela de la façon la plus sûre.

Donc, **cautériser les plaques muqueuses bucco-gutturales**, voilà le principe. Venons maintenant à l'application.

I. — *De quel caustique faire choix?* — Excluons d'abord les mauvais caustiques, qui sont de deux ordres : les caustiques *trop faibles* et les caustiques *trop forts*.

Les caustiques trop faibles, tels que la solution de nitrate d'argent, la teinture d'iode, le sulfate de cuivre, etc., ne réalisent pas une modification suffisante. Ils laissent subsister la lésion; souvent même ils n'aboutissent qu'à l'irriter et à l'entretenir. Que de fois n'ai-je pas vu des malades timorés en faire usage inutilement pendant des semaines et des mois, puis guérir tout aussitôt, par l'intervention d'un caustique plus puissant!

Les caustiques trop forts (tels que l'acide sulfurique, l'acide chromique, le chlorure de zinc, etc.) sont ici déplacés, en raison de la disproportion de leur action destructive avec la bénignité de la lésion à modifier. Ils exposeraient d'ailleurs à des cicatrices qu'il importe et qu'il est facile d'éviter.

De par expérience, il n'est en l'espèce que deux caustiques auxquels il convienne d'avoir recours, à savoir : le *nitrate d'argent* solide, en crayon, et le *nitrate acide de mercure*.

Le premier, caustique faible par rapport au second, donne des résultats très suffisants dans la très grande majorité des cas, mais non dans tous les cas. Il a pour lui trois avantages : d'être dans la trousse de tous les médecins; — d'être d'un maniement facile et connu de tous; — d'être peu douloureux. — Mais il est des cas où il reste *insuffisant*, où il ne réalise pas tout l'effet nécessaire à la modification et à la répression de certaines plaques muqueuses, où tout au moins il guérit moins vite que le nitrate acide de mercure.

Celui-ci, au contraire, est d'une action bien plus énergique, plus rapide et plus sûre. Mais il a le désavantage d'être douloureux, plus douloureux que le nitrate d'argent. Et, d'autre part, il est d'un maniement plus délicat; il exige du médecin un apprentissage spécial dont je parlerai dans un instant. — Il faut donc le réserver à certains cas que je spécifierai plus loin.

II. — Dans toute cautérisation, le principe primordial est de limiter exactement l'action du caustique à la surface malade sans la déborder, sans empiéter en dehors d'elle sur les tissus sains.

Or, avec le crayon de nitrate d'argent, nul embarras, nulle difficulté à ce point de vue. Avec un peu d'attention on touche exactement ce qu'on veut cautériser et rien de plus.

Mais il n'en est pas de même pour le nitrate acide de mercure. Celui-ci est un caustique *fluide*, qui s'étale, qui « déborde », qui fait « tache d'huile ». Une main novice qui veut cautériser avec lui une surface large comme une lentille, je suppose, ne manquera guère de produire une cautérisation large comme une pièce de 50 centimes, si ce n'est plus.

Le maniement de ce caustique exige donc quelques précautions qui, si simples soient-elles, ne se devinent pas et ressortent seulement de l'expérience. Je les résumerai brièvement.

D'abord, ne pas se servir pour la cautérisation (comme on ne le fait cependant que trop souvent) d'instruments défectueux ou même dangereux, tels que les trois suivants :

1° La baguette de verre (*agitateur* des laboratoires de chimie), qu'on trempe dans le liquide et qu'on promène ensuite sur la lésion. Mauvais, très mauvais instrument qui, tout naturellement, ne s'imprègne pas du liquide, ne le retient pas, et, tout au contraire, le laisse couler en gouttes.

2° Le pinceau d'aquarelle qui, inversement, s'imprègne trop, s'imbibe trop, puis, par expression, se dégorge d'un excès de liquide.

3° Le pinceau d'ouate, que l'on improvise dans nos hôpitaux en enroulant un peu d'ouate autour d'une fine baguette de bois. Grossier et détestable instrument, qui expose à de redoutables accidents par ce fait que le tampon d'ouate, mal fixé au bout de la baguette, peut se détacher et tomber. Or, où tombe-t-il alors? Soit dans la bouche, où il cautérise tout ce qu'il touche, soit dans le pharynx, où il cautérise le pharynx, l'épiglotte, le vestibule laryngé. Eh bien, c'est dans ce dernier cas que surgit tout aussitôt une *effroyable scène* à laquelle il faut avoir assisté pour s'en faire une idée, à savoir : angoisse soudaine, spasme laryngé des plus intenses, impossibilité absolue de respirer, *strangulation* terrifiante, avec tout le cortège des symptômes usuels en pareille occurrence, c'est-à-dire : agitation désordonnée, jactitation des membres, expression de terreur sur le visage, quelquefois même ictus, chute et perte de connaissance ; puis, retour de la respiration par inspirations stridentes et entrecoupées, toux convulsive, etc., etc. J'ai même connaissance d'un cas où une scène de cet ordre s'est terminée par *la mort* (par la mort, je répète à dessein) dans le cabinet d'un de nos confrères.

Le mécanisme de tels accidents est toujours le même, et le voici en deux mots : Au moment où le pinceau touche la gorge, il détermine soudain un spasme réflexe de l'isthme pharyngé, qui saisit l'extrémité du pinceau, le serre convulsivement, et en détache le tampon terminal ; ce tampon alors est véritablement dégluti pour un instant, puis rejeté par de violents efforts de toux, mais non sans avoir cautérisé, pendant son court séjour dans la cavité pharyngienne, tout ce qu'il a touché.

Dans le cas mortel précité, on s'était servi d'une baguette de verre pour cautériser des plaques de la gorge, et ce fut « la chute d'une goutte de liquide glissant le long de l'instrument qui détermina le spasme ».

Aussi bien, de par ces enseignements de la pratique, n'est-il que deux façons de cautériser au nitrate acide d'hydrargyre les plaques muqueuses bucco-gutturales, à savoir avec l'allumette ou avec le porte-caustique à pas de vis terminal.

L'*allumette* vulgaire, trempée un instant dans le caustique, est suffisante pour les plaques muqueuses « à portée », qu'on a sous la main, c'est-à-dire pour celles des lèvres ou de la partie antérieure de la langue. Faite d'un bois poreux, elle emmagasine le caustique et, même égouttée, en retient encore assez pour le but qu'on se propose. — Taillée en pointe, elle convient parfaitement pour la cautérisation des plaques muqueuses fissuraires, en rhagades. — On peut encore s'en servir d'une autre façon, en enroulant à l'un de ses

bouts un peu d'ouate qu'on a soin de bien immobiliser par quelques encoches faites au canif sur le bout de l'allumette.

Mais, pour les plaques muqueuses lointaines, telles que celles de la gorge ou de la base de la langue, le *porte-caustique à pas de vis terminal* est indispensable. Il consiste tout simplement en une fine tige de métal entaillée en pas de vis à l'un de ses bouts. Ce pas de vis remplit en l'espèce le très utile office de fixer solidement par son arête en spirale le tampon d'ouate que l'on enroule autour de lui. Nulle crainte que ce tampon ne glisse, ne se détache, alors même qu'il serait saisi par un spasme pharyngé.

L'instrument étant préparé de la sorte, on trempe le tampon dans le liquide; — puis on l'exprime légèrement dans un peu d'ouate sèche, car, sans cette précaution, il contiendrait toujours un excès de caustique qui pourrait couler sur la plaie; — et, enfin, on le promène doucement sur la surface à cautériser, en ayant bien soin de ne pas la déborder, de ne pas en dépasser les limites. — Puis, tout aussitôt, on fait gargariser le malade avec un peu d'eau.

Pratiquée de la sorte, la cautérisation au nitrate acide de mercure reste exempte de tout danger.

III. — Des deux caustiques dont nous disposons, auquel donner la préférence?

Ce serait une faute que d'exclure l'un ou l'autre systématiquement. Il est bien autrement médical d'utiliser l'un et l'autre suivant les indications. Ainsi :

1° Si l'on a affaire à des syphilides jeunes, petites, facilement curables, le choix est indifférent quant au résultat qui sera toujours bon. Donc, donner la préférence au nitrate d'argent qui est moins douloureux.

2° Au contraire, s'agit-il de plaques muqueuses déjà anciennes, ayant résisté à divers traitements, préférer au nitrate d'argent, qui pourrait rester inefficace, le nitrate de mercure, modificateur bien autrement énergique.

3° Il est des cas où le siège de la lésion doit guider le choix. Pour les plaques muqueuses du bout de la langue, région extrêmement sensible, préférer le nitrate d'argent. — Pour les plaques muqueuses des gencives ou du palais, régions au contraire peu sensibles, recourir au nitrate de mercure toujours plus efficace et plus sûr.

4° Si l'on est en présence de plaques muqueuses de grande étendue ou, ce qui revient au même, de plaques muqueuses très multiples, confluentes, le choix du nitrate d'argent s'impose. Car une cautérisation faite avec le nitrate de mercure sur de larges surfaces constituerait un véritable *supplice*. J'ai vu des malades, à la suite de cautérisations faites avec ce dernier agent sur des points multiples de la bouche, se tordre de douleurs pendant des heures entières, se rouler à terre, comme si, suivant leur propre expression, ils avaient « du feu

ou des tisons dans la bouche ». J'ai vu des femmes rester pour quelques heures en état de crises nerveuses. Des accidents plus sérieux ont même été quelquefois observés. Ainsi le Dr Jullien a relaté le cas d'un malade qui, s'étant cautérisé lui-même le fond de la gorge (*largâ manu*, il est vrai) avec le nitrate de mercure, fut pris d'une otite très douloureuse, suivie de suppuration de la caisse et de perforation du tympan.

D'ailleurs, lorsque les syphilides bucco-gutturales sont très étendues comme surface ou très multiples, une règle de pratique s'impose : c'est le système des **cautérisations par départements** réparties en plusieurs séances. Exemple :

Un malade, je suppose (et le cas n'est pas rare) se présente avec la bouche et la gorge criblées de plaques muqueuses. On procédera de la sorte : Cautériser le premier jour les plaques muqueuses d'une lèvre ; — le second jour, celles de l'autre lèvre ; — le troisième, celles de la langue ; — le quatrième, celles de la gorge, etc. Chacune de ces cautérisations partielles ne produira qu'une douleur moyenne, tolérable ; tandis que l'addition de ces quatre douleurs à la suite d'une cautérisation unique et générale n'eût guère manqué de déterminer une crise de souffrance des plus aiguës, une véritable scène de torture.

IV. — Ces cautérisations fractionnées s'imposent également dans un cas spécial qui est très commun, à savoir, le cas de plaques gutturales confluentes, s'étalant sur tout ou partie de l'isthme du gosier. Si l'on cautérise (même avec le crayon et, *a fortiori*, avec le nitrate de mercure) toutes ces plaques muqueuses en une seule séance, on risque, comme j'en ai vu de nombreux exemples, de produire une effroyable scène de douleurs, avec spasme réflexe, impossibilité de déglutition, sensation « de feu » dans la gorge, strangulation véritable, etc. La même cautérisation, au contraire, sera facilement tolérée, si l'on a soin de la pratiquer par départements en plusieurs séances.

V. — La douleur qui suit la cautérisation (et, plus spécialement, la cautérisation de la gorge) ne lui succède pas immédiatement, en général du moins. Le plus souvent, elle ne se produit ou n'atteint son apogée qu'après quelques minutes, cinq à dix minutes en moyenne. — Elle ne se prolonge guère au delà de dix à trente minutes.

Il y a moyen, d'ailleurs, de la modérer et de l'abréger. On y parvient à l'aide de gargarismes ou plutôt de bains de bouche, répétés et prolongés, avec divers liquides : eau froide ; — lait froid ; — décoction de guimauve ; — décoction de guimauve et de pavot, etc. — Les boissons glacées, que l'on conserve dans la bouche jusqu'à ce qu'elles ne soient plus froides et qu'on renouvelle au fur et à mesure qu'elles se réchauffent, soulagent aussi fort bien.

Quelques-uns de mes clients, coutumiers de cautérisations buccales en leur qualité de fumeurs incorrigibles, m'ont dit éprouver un soulagement immédiat en avalant une glace par petites gorgées tout aussitôt après l'application du caustique.

VI. — Qu'elle ait été pratiquée avec le nitrate de mercure ou le nitrate d'argent, une seule cautérisation peut suffire à la guérison. Mais tel n'est pas toujours le cas, et souvent même une première cautérisation, si bien faite qu'elle ait été, laisse subsister une partie de la lésion. Force est alors de revenir au caustique. Mais à quelle échéance? C'est-à-dire à quel terme, à quelle distance chronologique les cautérisations doivent-elles se succéder?

L'expérience apprend ceci : *qu'une cautérisation doit toujours être distancée d'une cautérisation antérieure par un intervalle d'au moins quatre jours.* — Ce terme est rigoureusement nécessaire pour apprécier le résultat obtenu et décider s'il y a lieu ou non de renouveler l'action du caustique.

Il faut donc se garder absolument de cette niaise pratique qui consiste en des cautérisations itératives et rapprochées. Pour avoir vu nombre de malades abuser des cautérisations jusqu'à les répéter tous les deux jours, tous les jours, et même deux fois par jour, je suis en mesure d'affirmer qu'un tel mode de traitement n'aboutit à rien de bon, loin de là ! Multipliées de la sorte à courtes échéances, les cautérisations n'ont pour résultat que de détruire l'effet même de la cautérisation, à savoir le processus cicatriciel, d'irriter les tissus et de retarder la guérison.

VII. — Enfin, lorsqu'on a jugé nécessaire, en vue de modifier des plaques anciennes et rebelles, l'intervention du nitrate de mercure, cela n'implique en rien que des cautérisations ultérieures doivent être pratiquées avec le même caustique. Lorsque le caractère mauvais et réfractaire de ces syphilides a été réprimé par cet agent, des caustiques plus légers et moins douloureux, tels que le crayon argentique, peuvent amplement suffire à achever la cicatrisation.

Troisième point. — L'action modificatrice de la cautérisation devra toujours être aidée et complétée par quelques soins auxiliaires, à savoir :

1° *Hygiène sévère de la bouche*, consistant en ceci : Avant tout, proscription absolue du tabac qui, je le répéterai une dernière fois, constitue une cause d'irritation majeure, servant d'appel à la production et à la reproduction des plaques ; — proscription de la chique, des alcools, des mets épicés, irritants, etc. ; — propreté minutieuse de la bouche; rinçage de la bouche non pas seulement matin et soir, mais, en plus, à la suite de chaque repas ; — entretien minutieux des dents en un état irréprochable ; — en un mot, asepsie buccale, dans la mesure du possible.

2° *Médication topique.* — Deux ordres de topiques sont surtout à recommander : les gargarismes et les collutoires.

Gargarismes. — Dans les deux ou trois jours qui suivent la cautérisation, comme aussi dans tous les cas où persiste un certain degré d'irritation buccale, avoir simplement recours aux *émollients*, qui seuls sont tolérés, tolérables, et qui soulagent bien mieux que n'importe quel autre agent médicamenteux, bien mieux que les astringents en particulier. Se garder, à cette époque et dans ces conditions, de recourir au chlorate de potasse et à l'alun, qui sont irritants, qui « piquent » la bouche, comme disent les malades, et ne font qu'accroître l'éréthisme local. En conséquence, se borner alors à prescrire des gargarismes ou mieux des *bains de bouche*, fréquemment, très fréquemment répétés et prolongés au moins quelques minutes, avec des liquides tels que les suivants : décoction de guimauve, coupée ou non de lait; — décoction d'orge ; — décoction de pavot ; — lait, etc.

Plus tard, et plus tard seulement, c'est-à-dire après sédation des phénomènes aigus, avoir recours aux gargarismes légèrement astringents, tels que les suivants :

℞ Eau distillée	250 grammes.
Chlorate de potasse	8 à 10 grammes.
Sirop de mûres	60 grammes.

Mêlez.

Ou bien :

℞ Eau distillée	250 grammes.
Borate de soude	8 à 10 grammes.
Miel rosat	60 grammes.

Mêlez.

Ou, plus simplement, prescrire aux malades de se baigner fréquemment la bouche avec une solution de chlorate de potasse qu'ils prépareront économiquement eux-mêmes en versant dans un grand verre d'eau ordinaire 4 à 5 grammes de chlorate de potasse.

Collutoires. — Non dépourvus de quelque utilité quand ils sont mis en usage d'une façon régulière et persévérante. — L'un des plus simples et des meilleurs est le suivant :

℞ Glycérine pure	30 grammes.
Borate de soude	10 —

Mode d'application : une dizaine de fois par jour, badigeonner les plaques avec un pinceau d'aquarelle imbibé de ce collutoire.

Enfin, comme remède d'indication exceptionnelle, je mentionnerai la *cocaïne*. En cas d'éréthisme douloureux de la bouche, on parvient quelquefois à soulager, assez efficacement, les malades par des gar-

garismes préparés avec les feuilles de coca (2 grammes de feuilles pour 200 grammes d'eau, en infusion), ou bien par des badigeonnages, soit avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1 gramme pour 20 grammes d'eau distillée), soit avec de la vaseline cocaïnée, etc.

Dysphagie syphilitique secondaire. — I. — La dysphagie pharyngienne est un symptôme des plus communs au cours de la syphilis secondaire. Pour la grande majorité des cas elle trouve son explication, toute naturelle, dans la présence de syphilides localisées sur l'isthme guttural. Aussi bien disparaît-elle tout aussitôt après la cautérisation et la guérison de ces syphilides.

Mais il est non moins positif qu'en certains cas elle existe et persiste d'une façon propre, essentielle, indépendamment de toute érosion ou ulcération de la gorge. C'est de la sorte qu'on est parfois consulté par des malades affectés de syphilis secondaire qui se plaignent de « maux de gorge », voire de « maux de gorge persistants », sans que l'examen objectif rende en rien compte de tels symptômes. Bref, douleur gutturale et absence de syphilides gutturales susceptibles d'expliquer cette douleur, voilà le fait.

Cette dysphagie secondaire sans lésions (j'entends sans lésions spécifiques apparentes) est en général légère. Elle consiste bien plutôt, à vrai dire, en une gêne, un embarras de la gorge, qu'en de véritables douleurs angineuses. — En revanche, elle est assez persistante, rarement inférieure comme durée à plusieurs semaines. — Elle est, de plus, sujette à récidives, si bien qu'elle arrive parfois, avec des intervalles de rémission ou d'intermission, à se prolonger plusieurs mois.

On l'a différemment interprétée, à savoir : soit par des syphilides larvées, se dissimulant à la face nasale du voile palatin ; — soit par une hypertrophie amygdalienne chronique (laquelle, d'ailleurs, fait fréquemment défaut) ; — soit par une myodynie ; — soit par des lésions de l'appareil lymphogène qui encadre l'isthme du gosier. Ainsi, il semble résulter d'intéressantes recherches de MM. Augagneur et Gallois (1) que cette dysphagie reconnaît souvent pour cause une hypertrophie plus ou moins considérable de l'amygdale linguale. « Sur 38 sujets affectés du symptôme en question, disent ces derniers observateurs, nous avons noté une lésion que nous considérons comme la cause directe de cette dysphagie. En arrière du V lingual, sur une petite région de forme quadrangulaire s'étendant du V à la face antérieure de l'épiglotte, on voit une saillie de volume variable suivant les cas. Ordinairement, la tuméfaction a le volume d'une amande à grand diamètre antéro-postérieur, située exactement sur la ligne médiane ; sa teinte rouge sombre, un peu

(1) *Comptes rendus de la Soc. de derm. et syph.*, avril 1896.

livide, tranche sur la couleur des parties voisines. La surface en est presque translucide, comme œdémateuse. Parfois, au lieu d'une surface homogène, uniformément tuméfiée, on voit une série de saillies rougeâtres, quelques-unes isolées, d'autres agglomérées; il semble que l'amande ait été réduite en fragments, etc. ». On a même décrit deux formes de cette hypertrophie de l'amygdale linguale, l'une intéressant seulement l'élément lymphoïde, l'autre affectant en outre la couche sous-muqueuse (1).

II. — Pour M. Garel (de Lyon) et quelques-uns de ses élèves, « toute dysphagie persistant depuis trois semaines au moins et non explicable par un cancer, une tuberculose ou des calculs amygdaliens, serait un signe presque certain de syphilis. »

Je ferai remarquer que certaines amygdalites chroniques ou même la simple pharyngite des fumeurs déterminent et entretiennent des dysphagies persistantes sans rien comporter de syphilitique. Mais, sous le bénéfice de ces réserves, j'accorde qu'en effet une dysphagie persistante doit éveiller, *a priori*, le soupçon de syphilis et diriger les recherches en ce sens. Le signe de M. Garel a donc, à tout le moins, le mérite d'ouvrir une piste, dont le diagnostic peut tirer un utile profit (2).

SYPHILIDES OU PARASYPHILIDES LEUCOPLASIFORMES DE LA BOUCHE.

A dessein j'ai laissé de côté jusqu'à présent, pour leur donner une place à part, des accidents d'un ordre tout spécial qu'il n'est pas rare de voir se produire sur la bouche, au cours de la période secondaire et qui, objectivement, consistent en ceci : des taches ou des placards blanchâtres rappelant l'aspect des lésions *leucoplasiques*.

D'une façon générale, la question de la leucoplasie dans ses rapports avec la syphilis est l'une des plus complexes et des plus difficiles de la pathologie spéciale (3). Il n'est même aucune exagération à dire que, sur la plupart des points, cette question ne fait que d'être posée et reste encore absolument *non résolue*.

A l'envisager ici, seulement en ce qui concerne la période secondaire, divers problèmes, comme on va le voir, s'imposent à notre étude.

(1) Voy. Escat, Sur la pathologie de l'amygdale linguale (*Soc. française d'otologie*, etc., 1898).

(2) Voy. Dr Garel, *Lyon médical*, octobre 1892; — Dr Carbonnier, *Contribution à l'étude de l'angine syphilitique aux trois périodes; dysphagie prolongée*, thèse de Lyon, 1894; — Dr Jourdanet, *De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge*, thèse de Lyon, 1898.

(3) Cette question a déjà donné lieu à de nombreux travaux, qu'on trouvera signalés dans un récent article du Dr Hamonic, De la leucoplasie buccale dans ses rapports avec la syphilis (*Revue clinique d'andrologie et de gynécol.*, juillet 1898).

I. — Comme point de départ, il est absolument certain qu'on voit parfois se produire sur la bouche des malades, au cours de la période secondaire, des taches *blanches*, absolument blanches, tout à fait différentes de la plaque muqueuse ordinaire, non pas seulement par la couleur, mais par ce double fait : 1° que cette teinte ne résulte pas, comme pour la plaque diphtéroïde précédemment étudiée, d'un simple exsudat de surface, mais d'une sorte d'infiltration superficielle de la muqueuse, infiltration qui fait corps, pour ainsi dire, avec la muqueuse ; — 2° et surtout que la lésion ainsi constituée est durable, stable, permanente, et se montre presque invariablement réfractaire à tout ordre de traitement, soit général, soit local.

A double titre, donc, ces lésions rappellent la leucoplasie, et comme couleur, et comme caractère de manifestations réfractaires à la thérapeutique de la syphilis. On les dirait constituées conséquemment par une leucoplasie.

II. — Il est non moins avéré que ces lésions peuvent dériver et dériver *exclusivement* de l'influence syphilitique.

Cela est démontré par certains cas où on les a vues se produire en dehors de toute cause autre que la syphilis, c'est-à-dire indépendamment de l'abus du tabac (cause prédominante, on le sait, dans l'étiologie de la leucoplasie), de l'arthritis, de la dyspepsie, d'irritations locales, etc.

En l'espèce, la véritable difficulté étiologique était d'exclure l'influence prédisposante ou effective du tabac. Ces lésions leucoplasiques, en effet, ne s'observent guère que dans le sexe masculin, et, dans le sexe masculin, l'usage ou même l'abus du tabac est presque général. Cependant on est parvenu à réunir un certain nombre de cas dans lesquels, je le répète, on les a dûment constatées sur des sujets non fumeurs, n'ayant même *jamais* fumé. De ce fait, comme aussi de l'apparition première de taches leucoplasiques en pleine évolution spécifique, ressort nettement la démonstration d'un lien pathogénique entre ces lésions et la syphilis.

III. — *Comment se traduit cliniquement cette leucoplasie secondaire?* — Le début en passe inaperçu, en raison de l'indolence des lésions. On a dit théoriquement qu'elle préludait par un « érythème local » ; cela reste à démontrer par des observations plus précises. Généralement, malade et médecin ne constatent la lésion que lorsqu'elle est déjà faite, accomplie.

A cette période, elle se présente sous forme de taches ou de tachettes blanches, dont la teinte appelle aussitôt le regard, en tranchant fortement sur la coloration normale de la muqueuse. Ces taches sont variables comme siège, comme configuration, comme nombre, comme teinte, etc. Analysons-les à ces divers point de vue.

Siège. — Elles ont deux points d'élection, à savoir : la langue et la face interne des joues. — Plus rarement on les observe sur la mu-

queuse interne de la lèvre inférieure; plus rarement encore sur les gencives. — Je ne les ai jamais rencontrées sur les piliers, le voile palatin et le pharynx.

A la langue, qui est leur véritable siège de prédilection, elles se localisent en deux points, qui d'ailleurs peuvent être atteints coïncidemment : en première ligne, comme fréquence, bords latéraux, dans leurs deux tiers antérieurs; — en seconde ligne, plateau dorsal, mais presque exclusivement dans son tiers antérieur.

A la face interne des joues, elles se rencontrent le plus souvent au voisinage des commissures labiales. — Parfois encore, elles se prolongent plus en arrière, sous forme d'une bande laiteuse horizontale qui suit le trajet de l'interstice des dents supérieures et inférieures.

Configuration et étendue. — Variables l'une et l'autre. — Ainsi, comme configuration, la leucoplasie secondaire peut affecter les six types suivants :

I. — Type *rond* ou *ovalaire*, dans lequel les taches se présentent à peu près régulièrement arrondies ou, plus souvent, ovalaires, elliptiques ; — comparables alors, comme forme, à des lentilles, des grains de blé, des pépins de poire, de petites amandes, etc.

II. — Type *en traînées*, dans lequel elles sont allongées dans un de leurs diamètres, à la façon de la coulée d'une goutte de liquide.

III. — Type *étoilé*, constitué par une tache centrale déchiquetée sur ses bords en une série de rayons divergents.

IV. — Type en *hachures*, consistant en une série de stries presque parallèles. — Celui-ci est commun sur les bords latéraux de la langue et ne s'observe même que là.

V. — Type *arborescent*, dit encore *en dentelle* ou *en feuille de fougère*, constitué par de longues stries entrecroisées qui forment un véritable lacis plexiforme. — Fréquent sur la face interne des joues. — Je voyais dernièrement un malade qui présentait sur cette région un riche réseau de cet ordre, représentant presque une toile d'araignée.

VI. — Type *en semis*, formé par une agglomération de petits points blancs tout à fait comparables à des *grains de semoule*. — Celui-ci est particulier au plateau dorsal de la langue.

Sous telle ou telle de ces modalités, les lésions leucoplasiques sont généralement déposées sur une muqueuse d'ailleurs indemne et normale d'aspect. Assez souvent aussi on les trouve contiguës à des îlots de muqueuse rouge, lisse, dépapillée (glossite desquamative secondaire).

Elles n'affectent en général qu'une étendue minime, que j'ai déjà comparée à celle d'une lentille, d'un pépin, d'un haricot. — Seules, celles du type en traînée ou en bande s'étalent quelquefois sur d'assez larges surfaces. Sur un de mes malades, une traînée de ce genre, située sur la moitié postérieure d'un bord latéral de la langue, mesurait de 2 à 3 centimètres d'avant en arrière sur une hauteur d'un cen-

timètre environ (dimensions d'un pruneau, approximativement). — Sur un autre, un placard en dentelle recouvrait presque toute la surface de la joue. — Sur un troisième, une bande horizontale, d'un centimètre de hauteur, partait d'une commissure labiale pour atteindre la dernière molaire, parallèlement à l'interstice des dents de l'une et l'autre mâchoire.

Ajoutons que des îlots leucoplasiques, individuellement petits, peuvent s'agminer et, par coalescence, constituer des *placards* plus ou moins larges. Cela s'observe assez fréquemment sur le plateau dorsal de la langue, à son tiers antérieur.

Nombre. — On peut n'avoir à constater qu'un îlot unique de leucoplasie. Mais ce n'est là que l'exception. Généralement, on rencontre plusieurs de ces placards, au nombre de 2, 3, 5 et même davantage, soit localisés sur un département de la bouche, soit, plus souvent, disséminés sur plusieurs régions.

Contour, relief. — Les lésions leucoplasiques, ont toujours une ligne frontière bien marquée, qui les distingue nettement des parties saines. Mais cette ligne ne s'astreint que rarement à une forme méthodique ; plus habituellement, elle est irrégulière, sinueuse, capricieuse, souvent déchiquetée ou même étoilée, grâce à des irradiations, des jetées, des prolongements en divers sens.

Enfin, elles sont tellement ténues que, tout en épaississant la couche épithéliale, elles ne forment pas de relief véritable à la surface de la muqueuse, et ne fournissent pas au doigt la sensation d'une rénitence morbide.

Couleur. — Blanche, comme l'indique leur nom, mais de ton variable, à savoir : ou véritablement *laiteuse*, ou seulement *lactescente*.

Laiteuse, elle rappelle exactement à l'œil la teinte blanc opaque d'une goutte de lait, ou bien l'aspect d'une érosion qui vient d'être cautérisée à la pierre infernale, ou bien encore celui d'une couche de collodion concrété sur la peau.

Lactescente, elle affecte le ton opalin et blanc bleuâtre d'une goutte de lait dilué d'eau ou du petit-lait clair. Et alors elle laisse entrevoir par transparence la muqueuse sous-jacente.

Dans l'un et l'autre cas elle est le plus souvent remarquable par un aspect brillant, reluisant, *nacré*, presque caractéristique en certains cas.

A noter expressément que cette pellicule laiteuse ou lactescente, qui constitue la physionomie de la lésion, n'est pas séparable de la muqueuse, même par le grattage; elle fait partie de la muqueuse, elle y est incorporée. Pour mieux dire, c'est la muqueuse elle-même qui, transformée de la sorte dans ses couches les plus superficielles, revêt cette apparence blanchâtre et nacrée.

Troubles fonctionnels. — Nuls, en l'absence de complications. Par elle-même, la leucoplasie secondaire est absolument indolente et

n'éveille tout au plus que la sensation indifférente d'un corps étranger surajouté à la muqueuse. Interrogés à ce point de vue, les malades répondent ou bien « qu'ils ne sentent rien », ou bien qu'ils sentent « quelque chose comme une pelure d'oignon, comme un débris alimentaire qui serait resté sur leur langue », etc. Quelques-uns accusent cependant des picotements, des élancements dans la langue, des brûlures, quand ils mangent des aliments acides ou épicés, quand ils boivent de l'alcool et surtout quand ils fument avec excès.

Mais la scène change et des symptômes de phlegmasie buccale (douleurs, ptyalisme, gêne de la mastication, de la parole, etc.) ne tardent pas à surgir, dès qu'il s'ajoute à la leucoplasie une irritation quelconque et, notamment, lorsqu'il se produit à son voisinage une fissure, une craquelure, une érosion, en un mot, une dénudation du derme. Or, des accidents de cet ordre sont absolument communs. Par un processus quelconque, il arrive très fréquemment que des îlots érosifs se constituent soit sur les frontières, soit même au centre des placards leucoplasiques. Qu'est-ce donc que ces îlots érosifs ? Dérivent-ils, comme on l'a dit, d'exfoliations se produisant sur les placards leucoplasiques et à leurs dépens ? Ou bien ne sont-ils constitués que par des inflammations spécifiques ou non spécifiques qui évoluent pour leur compte au voisinage des lésions leucoplasiques ? C'est là un point qui n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici et sur lequel on ne saurait être fixé.

Puis, enfin, question bien autrement majeure et sur laquelle les malades demandent souvent à être renseignés, ces lésions leucoplasiques (qui, très certainement, restent inoffensives alors qu'elles sont sèches) deviennent-elles ou non dangereuses au point de vue de la contagion, alors qu'il s'y ajoute des éléments humides, érosifs ou exulcéreux ? Sont-elles ou ne sont-elles pas susceptibles de transmettre la syphilis ? Personne ne saurait le dire quant à présent. Répondre affirmativement aux malades est, dans notre ignorance, la ressource prudente qui nous reste, mais qui n'éclaire en rien la question.

Durée. — Tandis que la plaque muqueuse ordinaire est une lésion pour ainsi dire éphémère, qui guérit en quelques semaines, voire parfois en quelques jours, la leucoplasie secondaire, inversement, constitue une manifestation stable, durable, sur laquelle tout traitement n'exerce qu'une influence lente et souvent même presque nulle. Ce double attribut de *durée* et de *résistance au traitement spécifique* est même la caractéristique par excellence de la leucoplasie secondaire, caractéristique qui la différencie formellement, catégoriquement, des autres manifestations buccales d'ordre syphilitique.

Et, en effet, je le répète à dessein, pour la très grande majorité des cas, voire pour la totalité des cas usuels où elle se complique d'excitations tabagiques, cette leucoplasie devient une lésion permanente, définitive,

rebelle à tous les agents (au moins actuellement connus) de la thérapeutique.

Certes, on peut en guérir, mais à la condition, semble-t-il, que la lésion soit jeune, limitée, non compliquée d'influences étrangères, et combattue de bonne heure par un traitement énergique. Mais, ce qui est non moins certain, c'est que, dans des conditions opposées, elle se montre rebelle, réfractaire, et persiste. Toujours, notamment, je l'ai vue persister et s'établir à l'état de lésion confirmée, permanente, chez les sujets qui continuent à fumer.

En définitive, qu'en advient-il avec le temps? Persiste-t-elle à tout jamais, ou bien, à la façon de la syphilide pigmentaire, aboutit-elle à s'effacer, alors, bien entendu, qu'elle n'est pas entretenue par le tabac ? Cela, nous n'en savons encore rien, pour la raison que, ennuyés, dépités, voire découragés par les insuccès du traitement, les malades désertent nos consultations à un moment donné; de sorte que le résultat final nous échappe. Encore un point à élucider par un supplément d'enquête.

Diagnostic. — La leucoplasie secondaire est très généralement d'un diagnostic facile, qui repose sur des signes et des considérations d'une évidence formelle, à savoir : coloration blanche et nacrée, presque caractéristique; — lésions nettement circonscrites et de siège particulier ; — absence de lésions d'un autre ordre; — coïncidence possible d'autres manifestations spécifiques soit actuelles, soit récentes, etc.

Ce diagnostic cependant ne saurait être accepté sans exclusion rationnelle de quelques autres affections qui peuvent affecter avec la leucoplasie secondaire de réelles analogies objectives, telles notamment que les trois suivantes :

1° **Plaques muqueuses diphthéroïdes.** — Plus ou moins semblables d'aspect aux lésions leucoplasiques, celles-ci en diffèrent essentiellement en ce qu'elles doivent seulement cette analogie objective à un enduit pseudo-membraneux et non à une dégénérescence, à une kératinisation de la couche épithéliale; — en ce que cet enduit est simplement blanchâtre ou opalin sans offrir de reflet nacré ; — en ce qu'il est éphémère, caduc ; — en ce que les syphilides qui revêtent accidentellement cette physionomie spéciale guérissent le plus facilement du monde et en l'espace de quelques jours sous la seule influence d'une ou de quelques cautérisations, etc. — Une confusion, à la juger possible, ne serait donc pas durable entre les deux ordres de lésions.

2° **Leucoplasie nicotique.** — S'il peut être établi (et c'est là le premier renseignement à recueillir pour un diagnostic différentiel) que la bouche du malade était indemne de toute lésion nicotique avant l'invasion de la syphilis, toute incertitude est levée. Car, s'il suffit de quelques mois à la leucoplasie secondaire pour se constituer et battre

son plein, il n'en est pas de même pour la leucoplasie nicotique qui, elle, ne s'improvise pas de la sorte et exige au contraire de longues années pour s'accomplir.

D'autre part, celle-ci n'a pas exactement les mêmes localisations que celle-là. D'abord, elle fait élection, pour ses débuts, de deux sièges bien précis, à savoir : 1° région commissuraire des lèvres, où elle s'accuse sur la muqueuse génienne par un triangle grisâtre, à base antérieure répondant à la commissure et à sommet effilé postérieur; triangle signalé par moi de vieille date sous le nom de **triangle commissuraire des fumeurs** ; — 2° segment antérieur du plateau dorsal de la langue, qui se couvre dans son ensemble d'une sorte de voile grisâtre par infiltration leucoplasique des papilles et des espaces interpapillaires.

Puis, au delà, elle reste généralement circonscrite à ces deux régions, tout en s'y étalant sur de plus larges surfaces par envahissements progressifs et lents. Mais jamais (autant du moins qu'il est permis de dire « jamais » en pathologie) elle n'affecte certains départements de la langue où se porte au contraire la leucoplasie secondaire, tels que le segment postéro-inférieur du bord latéral, ou la face inférieure de l'organe. En tout cas, elle ne s'y établit jamais d'emblée et rapidement, comme le fait la leucoplasie secondaire.

Enfin, elle est plus grise, plus terne que cette dernière ; elle n'en a pas l'éclat blanchâtre et nacré.

Mais, dira-t-on peut-être, ce ne sont là que de simples nuances ou des signes éventuels d'interprétation délicate, difficile, sujette à erreurs. — Sans doute, répondrai-je ; mais nous n'avons pas mieux, et l'essentiel est de profiter du *peu* dont nous disposons.

3° **Énanthème buccal du lichen plan**. — L'énanthème buccal symptomatique du lichen plan a donné le change plus d'une fois pour une lésion leucoplasique de syphilis.

Cette erreur n'est pas à redouter alors qu'avec l'éruption buccale coïncide l'éruption cutanée du lichen plan. Mais il n'en est plus de même dans les cas (moins rares qu'on ne le suppose généralement) où la première existe seule. Le diagnostic ne repose plus alors que sur un ensemble de données objectives qu'on peut résumer de la façon suivante :

Leucoplasie secondaire.	**Énanthème buccal du lichen plan.**
I. — Siège usuel sur face interne des joues et plateau dorsal de la langue (tiers antérieur principalement). — N'affecte jamais le voile palatin, les piliers, la luette.	I. — Siège usuel sur face interne des joues et plateau dorsal de la langue. — Se rencontre aussi quelquefois sur voile palatin, piliers, environs de la luette, gencives, etc.
II. — Coloration laiteuse ou lactescente, à *reflet nacré* presque caractéristique.	II. — Coloration blanchâtre, mais *sans éclat nacré*, sans brillant ; — quelquefois coloration blanc grisâtre, ou d'un gris-perle.

Leucoplasie secondaire. (*Suite.*)	**Énanthème buccal du lichen plan.** (*Suite.*)
III. — Surface lisse, égale.	III. — Surface *chagrinée*, voire parfois rugueuse. Quelquefois disposition en petits mamelons granuleux.
IV. — Surface non exhaussée, non saillante.	IV. — Surface quelque peu saillante, surtout dans la forme granuleuse, dite « en grain de chènevis ».
V. — Pas d'épaississement de la muqueuse, tout au moins appréciable au doigt.	V. — Muqueuse quelque peu épaissie, rénitente ; — sensation possible de mamelons dans cette même forme granuleuse.
VI. — Nulle influence thérapeutique du traitement par l'arsenic.	VI. — Amendement et même guérison sous l'influence d'un traitement arsenical prolongé avec intermittences.

Mais je dois avouer que des considérations de cet ordre, reposant sur de simples nuances objectives d'appréciation souvent délicate, sont de nature à laisser plus d'une fois le diagnostic en suspens.

Traitement. — Le nombre et la variété des médications qui ont été proposées contre la leucoplasie secondaire témoignent de son caractère rebelle à la thérapeutique.

On a essayé de la combattre de toutes façons, soit par des médications d'ordre général (mercure, iodure, arsenic, bicarbonate de soude, etc.) ; — soit par des médications topiques extrêmement variées (chlorate de potasse, borax, acide borique, acide salicylique, bichromate de potasse, bismuth, etc. ; onctions grasses ; baume du Pérou, eau de Saint-Christau, etc., etc.) ; — soit par des méthodes destructives (caustiques chimiques, cautérisation ignée, raclage, etc.).

De tout cela que reste-t-il ? — Trois ordres d'agents peuvent avoir quelque utilité, à savoir :

I. — Topiques, sous forme de bains de bouche prolongés et répétés, avec décoctions émollientes (préférables à toutes autres en l'espèce), telles que guimauve, orge, graine de lin, etc. ; — badigeonnages boratés ; — cela avec antisepsie buccale, entretien soigneux des dents, et exclusion absolue de toute excitation locale (tabac, alcool, mets épicés, etc.).

II. — Cautérisations circonscrites pratiquées sur les plaques avec le crayon de nitrate d'argent ou, mieux, le nitrate acide de mercure. — Avoir soin de bien circonscrire ces cautérisations aux seuls foyers leucoplasiques et de ne pas les répéter trop souvent.

Ces cautérisations, faites avec prudence, ont eu quelquefois d'heureux résultats. Mais force est de reconnaître qu'elles restent très souvent *non modificatrices* et stériles comme résultats ; ce qui, par parenthèse, démontre bien quelle différence de nature sépare les lésions leucoplasiques des plaques muqueuses vraies, lesquelles sont si facilement et si rapidement guéries par quelques cautérisations.

III. — Traitement spécifique. — Par extraordinaire, le traitement spécifique n'exerce sur ces lésions qu'une influence bien médiocre et presque contestable. — Iodure de potassium absolument inerte. — Mercure très infidèle, c'est-à-dire complètement inefficace en certains cas, puis paraissant en quelques autres recouvrer quelque peu de son action usuelle. Deux remarques, en tout cas, s'imposent ici à son propos :

D'une part, l'expérience démontre qu'administré sous les formes et aux doses courantes le mercure n'exerce aucune modification sur les lésions leucoplasiformes. Très positivement, il n'agit sur elles — quand il agit sur elles — qu'à doses intensives et sous forme d'injections (injections de calomel, à 5 ou 10 centigrammes).

Et d'autre part, cette dernière méthode même n'est pas sans échouer fréquemment, soit qu'elle reste sans le moindre effet curatif, soit qu'après avoir semblé agir pour un temps elle laisse se produire des rechutes et des récidives. Si bien qu'on est presque autorisé à se demander si les guérisons ou les rémissions dont on a cru parfois pouvoir lui faire honneur ne seraient pas des incidents spontanés de la maladie. Ce problème thérapeutique, somme toute, n'a pas encore sa solution.

Toujours est-il — et ceci ne saurait souffrir contradiction — qu'en l'espèce le mercure, même administré à fortes doses et sous la forme hypodermique, est à cent lieues d'exercer sur la leucoplasie l'action si énergiquement répressive et curative qui lui est propre, habituelle, alors qu'il a affaire à des lésions syphilitiques vraies. Ainsi, je traite depuis deux ans et sans le moindre succès un malade (non fumeur, n'ayant même jamais fumé) qui, affecté d'une leucoplasie secondaire vers le quatrième mois de l'infection, conserve encore aujourd'hui ses lésions leucoplasiques, et cela en dépit d'une médication formidable par *trente-neuf* injections de calomel aux doses de 5 à 10 centigrammes ! Voici, comme pièce à conviction qui ne sera pas inutile à produire, l'observation très sommaire de ce malade :

Jeune homme de vingt-trois ans, de bonne constitution, ne faisant aucun excès, non alcoolique, non arthritique, et non fumeur. — Contamination syphilitique en mai 1896. — Chancre en juin, avec adénopathies en pléiade. — En juillet, roséole. — D'octobre à décembre, plusieurs poussées de syphilides buccales. — Traitement par pilules de protoiodure de juillet à décembre, avec quelques intervalles de repos.

Vers octobre, début de lésions leucoplasiques sur les commissures labiales, puis sur les joues et la langue. — Leucoplasie bien accentuée dès les premiers mois de 1897, sous forme d'îlots, de bandes et de stries réticulées de couleur lactescente ou laiteuse. L'une des joues semble, suivant l'expression du malade, « toute barbouillée de lait ». Sur l'autre, réseau blanchâtre à stries entrecroisées, simulant une dentelle à mailles irrégulières. Petits placards blancs sur l'un des côtés de la langue, etc. — Traitement par injections

de calomel, collutoire boraté, cautérisations, gargarismes émollients, etc. — Treize injections de calomel (la plupart à 5 centigr., quelques-unes à 7 et 8 centigr.) dans les premiers mois de 1897.

Vers juillet, amélioration notable, notamment sur les joues, où la teinte leucoplasique a presque disparu. — Six injections nouvelles (de 5 à 8 centigr.). — Iodure de potassium.

En novembre, rechute complète. Réapparition des lésions leucoplasiques. La joue gauche, en particulier, se couvre de taches semblables à des placards de « collodion desséché ». En outre, invasion sur le plateau dorsal de la langue d'un semis de taches roses et dépapillées. — Reprise du traitement : seize injections de calomel (de 5 à 10 centigr.) de novembre à mars 1898. — En outre, iodure de potassium, de 3 à 5 grammes par jour pendant un mois.

En avril, amendement notable sur tous les points, sauf sur la joue gauche qui reste tapissée de semis leucoplasiques.

Cette phase d'amélioration dure peu. Recrudescence en mai, et, derechef, langue envahie par de nombreux îlots de glossite desquamative. — Quatre nouvelles injections de calomel.

En juin, les lésions leucoplasiques persistent. *Elles sont à peu près aujourd'hui, après un traitement vraiment surintense* (39 injections de calomel), *ce qu'elles étaient au début de l'année 1897*. — Le malade inaugure un traitement par injections d'huile grise (de trois à six gouttes).

Nature. — Les caractères histologiques de la lésion restent encore ignorés, par défaut de nécropsies ou de biopsies.

Quant à sa nature, voici ce qu'on en peut dire :

1° Très certainement, l'affection ressortit à la syphilis. D'une façon ou d'une autre, elle est de provenance syphilitique.

2° Suivant toute vraisemblance, cependant, elle n'est pas syphilitique à la façon, par exemple, de la plaque muqueuse, de l'exostose ou de la gomme ; — et cela parce que le *réactif de la spécificité syphilitique*, à savoir le traitement spécifique, est bien loin de l'influencer à la façon dont il influence les manifestations syphilitiques vraies.

3° Donc : d'une part, rebelle au traitement spécifique, et, d'autre part, constituant une lésion d'ordre commun, elle *semble* bien rentrer à ces deux titres dans la catégorie des affections dites *parasyphilitiques*.

SYPHILIS SECONDAIRE DU LARYNX.

Les manifestations secondaires sont assez rares sur le larynx. Elles ne s'observent guère que dans une proportion de 5 à 6 malades sur 100. Ce n'est que justice toutefois d'ajouter que, pour un nombre de cas assez notable, elles échappent aux statistiques parce qu'elles restent ignorées, alors que, siégeant sur des régions du larynx non essentielles à la phonation, elles ne se révèlent par aucun trouble de la voix. C'est là ce qu'a eu le mérite de démontrer M. Gouguenheim.

S'étant astreint à pratiquer indistinctement l'examen laryngoscopique sur toutes ses malades de Lourcine, qu'elles fussent ou non affectées de troubles de la voix, il n'a pas été peu surpris de rencontrer assez fréquemment des lésions secondaires du larynx qui, sans cette mesure radicale, seraient restées méconnues.

De tout temps on a suspecté, voire affirmé ces manifestations de la syphilis secondaire sur le larynx; mais on n'en a eu naturellement la démonstration scientifique qu'avec l'avènement du laryngoscope. Elles ont été étudiées d'abord par Czermak (1858). Depuis cette époque, elles ont donné lieu à une foule de travaux, parmi lesquels il convient surtout de citer ceux de Türck, Dance, Ferras, Krishaber et Mauriac, Lennox-Browne, Whistler, Gouguenheim, Bouchereau, Poyet, Mendel, etc.

Époque d'apparition. — On les a vues se produire à toute étape de la période secondaire, depuis le début même de cette période (à preuve certains cas où on les a constatées alors que le chancre existait encore) jusqu'à la fin de la troisième année. Mendel les croit plus communes du troisième au sixième mois.

Étiologie. — S'il est des cas où elles se produisent sans l'appoint d'une cause adjuvante, c'est-à-dire sous la seule influence de l'infection, il semble plus fréquent de les voir entrer en scène à l'occasion et par le fait d'une provocation locale leur servant d'appel. Trois facteurs étiologiques se présentent ici à citer, à savoir : en première ligne, l'usage et surtout l'abus du tabac (ou, ce qui revient à peu près au même, le séjour dans les tabagies); — l'usage et surtout l'abus de l'alcool; — le surmenage du larynx par la parole ou par le chant.

L'influence de ces deux premiers facteurs explique pourquoi ces accidents sont infiniment plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Étude clinique. — Les descriptions qu'on a longtemps données des lésions secondaires du larynx ont été surtout inspirées par des vues théoriques. On s'est évertué à vouloir identifier ces lésions avec celles des autres muqueuses, notamment des muqueuses buccales et gutturales. Or, en réalité, si elles s'en rapprochent par quelques points, elles en diffèrent par nombre d'autres et des plus importants.

I. — Ainsi, de ces lésions, la plus fréquente et de beaucoup est une lésion congestive en nappe, qui n'a son analogue sur aucune muqueuse, pas même (quoi qu'on en ait dit) sur la muqueuse gutturale. On l'appelle **érythème laryngé**. Elle consiste en ceci : une rougeur en nappe; intense de teinte, étendue à une portion variable des parties supérieures du larynx, le plus souvent à tout l'infundibulum laryngé. Cette rougeur est surtout remarquable sur le bord libre et la face postérieure de l'épiglotte, sur les cordes vocales supérieures et sur les éminences aryténoïdes. Il est plus rare

qu'elle se propage jusqu'aux cordes inférieures et à toute la cavité du larynx.

C'est une rougeur *étalée en nappe uniforme*, et non pas distribuée en îlots, en petites taches (comme le serait une éruption méritant le nom de *roséole*). C'est de plus, comme on l'a justement remarqué, une rougeur sans injection vasculaire manifeste, sans arborisations, du moins dans la plupart des cas (Ferras).

Cette rougeur est variable d'intensité, suivant le degré de la congestion et l'âge de la maladie. Récente, elle peut, comme dit Poyet, « tirer sur le *vermillon* »; — date-t-elle, au contraire, d'un certain temps, elle revêt un ton sombre, presque violacé. — Mais a-t-elle jamais par elle seule, comme on l'a prétendu, une signification spéciale, en raison de sa couleur, de sa « teinte spécifique »? Je me crois autorisé à le nier.

Naturellement, elle est beaucoup plus fréquente sur les cordes vocales que n'importe ailleurs, et cela parce qu'elle en modifie absolument la physionomie usuelle, en les transformant en bandelettes rosées ou même rouges, d'aspect mat, comme dépoli, voire parfois comme muqueux (Ruault).

Lésion bénigne, cet érythème laryngé secondaire ne se traduit que par un seul trouble fonctionnel, consistant en un degré variable de raucité de la voix. Il ne s'accompagne d'aucune douleur. Tout au plus, surtout chez les fumeurs émérites, provoque-t-il une toux légère et un certain besoin de hemmer. — Aussi bien, très fréquemment, est-il négligé par les malades, ou tout au moins méconnu quant à sa cause, c'est-à-dire rapporté à un refroidissement et considéré comme un « rhume de larynx ».

II. — Notablement moins fréquentes sont les déterminations secondaires qui se produisent sur la muqueuse laryngée, à la façon de syphilides lenticulaires, sous forme de petites lésions isolées, circonscrites, disséminées. Longtemps même on les a considérées — à tort, il est vrai — comme tout à fait rares et presque exceptionnelles.

Celles-ci constituent ce qu'on peut appeler les **plaques muqueuses du larynx**. Elles peuvent se produire à l'état de lésions exclusives; mais cela n'est que l'exception. Le plus souvent, et de beaucoup, elles coïncident avec l'érythème, qui même leur prélude en général.

Elles revêtent divers aspects. Ainsi :

1° Quelquefois, mais assez rarement, elles consistent en de simples *taches hyperémiques* de petite étendue, se distinguant de la muqueuse saine par leur coloration d'un rouge vif, animé, presque purpurin quelquefois. Un bel exemple nous en est fourni par une planche de Fauvel où l'on voit les cordes vocales supérieures et inférieures tachetées de suffusions rouges, carminées, qui se détachent nettement des parties environnantes. — C'est là ce qu'on

a appelé la « roséole du larynx », dénomination bien ambitieuse pour une lésion d'étendue aussi restreinte.

2° Plus souvent elles reproduisent le type usuel des *syphilides érosives*, sous forme d'exulcérations lenticulaires, petites, voire minimes, plates, rondes ou ovalaires, rougeâtres et surtout entourées d'un liséré purpurin, analogues, en un mot, à celles qu'on rencontre sur les muqueuses de la bouche.

Il n'est pas rare que, dans cette forme, elles affectent une teinte grisâtre, opaline, diphthéroïde, presque blanchâtre (*plaques opalines* ou *plaques perlées* du larynx).

Cette variété de plaques opalines se rencontre surtout au niveau des cordes vocales inférieures, où Mendel l'a décrite avec une grande précision. D'après lui, elle se présenterait sous trois aspects : celui d'une plaque lenticulaire blanchâtre, occupant la partie moyenne de la corde, près de son bord libre ; — celui d'une bande effilée, mesurant une grande partie, voire toute l'étendue du ruban vocal ; — celui d'une bande semblable, mais fragmentée par des segments de muqueuse congestionnée et rougeâtre. — Au reste, pour cet observateur, la **chordite secondaire**, comme il l'appelle, serait une sorte de lésion mixte, composée tout à la fois par une congestion érythémateuse du ruban vocal et par des syphilides lenticulaires greffées sur cet érythème.

3° Enfin, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, on peut encore observer sur un fond d'érythème de petites élevures arrondies de contour, sessiles de base, sèches ou érosives de surface, comparables à des papules (*syphilides papuleuses laryngées*).

III. — Les deux ordres de manifestations qui précèdent composent ce qu'on pourrait appeler les formes *bénignes* de la syphilis secondaire laryngée, et je m'empresse de dire que ce sont de beaucoup les plus fréquents. Au contraire, les deux autres dont il me reste à parler comportent plus d'importance et parfois même de gravité. Heureusement, ils sont rares.

Le premier est constitué par une lésion *en nappe*, diffuse ou même généralisée, que j'ai décrite de vieille date sous le nom de **laryngite secondaire hyperplasique**.

Cette laryngite hyperplasique se caractérise par un double état d'érythème et d'infiltration de la muqueuse, qui se présente donc à la fois hyperémiée et épaissie.

A l'examen laryngoscopique on trouve cette muqueuse, d'une part, offrant une coloration d'un rouge sombre, avec une sorte d'apparence tomenteuse et comme veloutée ; — d'autre part, gonflée, épaissie, hypertrophiée, hyperplasiée. — Le gonflement est rarement limité à une région circonscrite ; plus habituellement, il est diffus et s'étend à un véritable département du larynx ou même à plusieurs, tels que l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la région

aryténoïdienne, la région des cordes. Il modifie la forme anatomique des parties qu'il affecte, à savoir : de l'épiglotte, qui devient moins aiguë sur ses bords, plus mousse, plus arrondie, ou même qui se tuméfie en totalité et prend une apparence « charnue » ; — des replis ary-épiglottiques, qui semblent boursouflés et comme soulevés ; — des éminences aryténoïdes, qui paraissent plus rondes, plus grosses, et plus rapprochées l'une de l'autre qu'à l'état sain ; — des cordes vocales supérieures, dont la turgescence peut aller jusqu'à masquer les cordes inférieures et à combler en partie l'espace ventriculaire ; — des cordes inférieures, qu'on trouve parfois (mais bien plus rarement) hyperémiées, rosées par places, épaissies, moins mobiles, inégales, rugueuses et comme finement dentelées au niveau de leur bord libre, etc.

Cet état turgide ou hyperplasique de la muqueuse se présente presque toujours en nappe uniforme, sans soulèvements partiels, sans élevures circonscrites qu'on ait le droit de comparer par analogie à des papules, à des tubercules. — Parfois cependant il coexiste avec de petites saillies, de petits mamelons conoïdes ou lenticulaires. C'est à ces mamelons, à ces bourgeonnements muqueux, dus sans doute à une exubérance localisée de l'hyperplasie générale, que certains auteurs ont donné le nom de *papules* ou de *végétations* laryngées. Papules, soit ; cette dénomination peut à la rigueur être conservée ; mais pour celle de végétations, je la récuse absolument. D'une part, en effet, elle rend un compte plus qu'inexact de la lésion, laquelle ne présente jamais l'aspect arborescent, ramifié, du chou-fleur vulgaire ; et, d'autre part, elle offre l'inconvénient grave d'assimiler cette lésion à d'autres productions morbides très différentes, c'est-à-dire aux véritables végétations laryngées, dont l'origine n'est en général rien moins que spécifique.

La laryngite hyperplasique s'accompagne de troubles fonctionnels plus accentués et plus durables que ceux du simple érythème, à savoir : troubles vocaux (modifications variables de la voix comme intensité, comme timbre, comme diapason, comme souplesse, etc. ; — dysphonie ; enrouement, *raucité*, étouffement de la voix ; finalement, aphonie) ; — toux légère ; — expectoration minime. — Du reste, peu ou pas de douleurs ; pas de gêne de déglutition ; pas de difficulté bien manifeste de respiration.

Cette forme de laryngite est bien autrement persistante que toutes celles dont j'ai parlé jusqu'ici. Elle demande toujours, même dans les cas simples, un temps assez long pour se résoudre, plusieurs mois en moyenne.

IV. — Vient en dernier lieu la **forme ulcéreuse des syphilides laryngées.**

Celle-ci ne s'observe guère qu'en deux conditions : soit à une étape peu avancée de la période secondaire, alors que la syphilis

revêt d'emblée une modalité grave ou maligne, par exemple au cours des syphilis dites malignes précoces ; — soit à terme lointain de cette même période, alors que l'infection tend déjà à prendre la note du tertiarisme.

Sa modalité anatomique n'est autre que celle des ulcérations secondaires de tout siège. C'est dire qu'à l'examen laryngoscopique on constate ceci : une ou quelques ulcérations de la muqueuse ; — ulcérations généralement petites, lenticulaires ou ne dépassant guère les proportions d'un haricot, d'une amande ; — entamant à coup sûr le derme muqueux, mais d'une façon seulement superficielle et bien moins profondément que ne le font les ulcérations gommeuses ; — arrondies, ovalaires ou irrégulières ; — à bords bien accentués, mais n'offrant pas cependant une réelle entaillure à pic ; — à fond ou rougeâtre, ou gris rouge, ou légèrement jaunâtre ; — à aréole rouge, tendue, reluisante, etc.

Ces syphilides ulcératives peuvent siéger sur n'importe quel département du larynx.

Leurs symptômes et leurs dangers sont affaire de *localisation*. Plus ou moins éloignées du détroit glottique, elles ne déterminent que quelques troubles sans importance (douleurs locales, dysphagie, toux, etc.). Situées au voisinage ou sur la surface des cordes, elles déterminent de l'enrouement, puis une raucité plus ou moins accentuée de la voix (voix de rogomme, voix crapuleuse), pour aboutir finalement à l'aphonie.

Leurs dangers procèdent surtout des **complications œdémateuses** qu'elles sont susceptibles de déterminer au voisinage de l'orifice glottique (œdème de la glotte, chémosis sus et sous-glottique). De ces complications, qui parfois peuvent surgir subitement et de la façon la plus inattendue, dérivent tous symptômes bien connus d'obstruction glottique (dyspnée, tirage, inspiration sifflante, suffocation, etc.), pouvant s'élever jusqu'à l'imminence d'asphyxie et exiger impérieusement une intervention chirurgicale. J'ai déjà vu plusieurs fois, pour ma seule part, des laryngopathies ulcéreuses *secondaires*, survenues même à une époque très peu distante du début de l'infection, créer de ces menaces de suffocation et nécessiter d'urgence la trachéotomie.

V. — Je dois enfin mention à un accident spécial dont je n'ai observé jusqu'ici qu'un cas unique, lequel s'est terminé par la mort. C'est la **périchondrite**.

Sur l'un de mes malades (homme très vigoureux, ayant pris la syphilis sur le tard et en ayant conçu un violent chagrin), j'ai vu se produire de la façon la plus inopinée, au cinquième mois de l'infection, des symptômes laryngés dont la nature, je l'avoue, m'a échappé tout d'abord, à savoir : certaine difficulté respiratoire, inspiration s'accompagnant d'un léger bruit, gêne obscure accusée vers la

gorge, mais pas de douleur vraie et pas de sensibilité à la pression sur le cou. En raison de crises d'asthme et de bronchites habituelles, ces symptômes furent, à l'origine, peu remarqués par le malade et par moi. Mais bientôt ils s'accrurent d'une façon plus qu'alarmante, pour aboutir à une réelle dyspnée, avec tirage, respiration stridente, facies vultueux, etc. L'examen laryngoscopique, à ce moment, démontra, sur le côté gauche du larynx, au niveau de la région aryténoïdienne, une tumeur olivaire, du volume d'une petite noisette, soulevant et semblant distendre la muqueuse. On pensa soit à une périchondrite, soit à une gomme, et une injection de 10 centigrammes de calomel fut aussitôt prescrite. Mais, dès le lendemain, les menaces d'asphyxie étaient devenues telles que la trachéotomie s'imposa. Elle fut pratiquée par mon ami le Dr Castex. Or, à notre grand étonnement, le premier coup de bistouri — et cela en l'absence de toute lésion de la peau, de tout œdème — donna issue à une petite nappe purulente, provenant de la partie gauche du larynx, et l'inspection au stylet fit découvrir là une portion de cartilage dénudé. L'ouverture de la trachée ne fut pas moins jugée nécessaire. Mais, en dépit d'une antisepsie rigoureuse, des phénomènes non douteux de pneumonie infectieuse se déclaraient dès le lendemain, pour se terminer par la mort trente-six heures plus tard.

Évolution, terminaison, pronostic. — De l'exposé qui précède il résulte en pleine évidence que la syphilis laryngée secondaire comporte des formes très différentes comme importance et comme pronostic. Mais j'ai hâte de dire qu'il n'existe aucune parité de fréquence entre ses formes bénignes, qui constituent ce qu'on peut appeler ses formes habituelles, et ses formes sérieuses ou graves, qui sont rares, voire, pour quelques-unes, tout à fait exceptionnelles.

Pour préciser, sa modalité érythémateuse est résolutive d'essence et rapide d'évolution. Il est rare qu'elle excède trois à quatre septénaires. — Résolutives également sont les syphilides laryngées de forme érosive, dont font aisément justice quelques cautérisations.

Plus sérieuses à coup sûr sont les syphilides de modalité ulcérative. Cependant, il est de règle qu'on en vienne à bout par une bonne hygiène et un traitement approprié. Leurs complications graves ne sont guère le fait que de syphilis malignes ou de syphilis négligées.

Seule, la forme hyperplasique se présente avec un pronostic véritablement sévère, en raison des troubles vocaux irrémédiables auxquels elle expose. Mais ce n'est là qu'une forme assez rare; et, de plus, elle ne constitue souvent elle-même qu'une forme consécutive, dérivant de lésions déjà rendues plus ou moins réfractaires par une absence chronique d'hygiène et de traitement.

Traitement. — Rien à dire du traitement interne, qui sera celui de la syphilis secondaire, si ce n'est que, pour en obtenir un effet utile,

il doit être tenu à un diapason assez élevé. — Si même il se produit des accidents de nature à menacer la liberté de la respiration, *l'indication formelle sera d'avoir immédiatement recours aux injections de calomel*, qui plusieurs fois ont fourni en pareille occurrence de très remarquables succès. Je ne crains pas de le répéter, cette indication est formelle, et, en l'espèce, toute hésitation, toute tergiversation, tout retard pourrait coûter la vie au malade ou, pour le moins, aboutir à la nécessité d'une trachéotomie.

Une hygiène locale des plus sévères est de rigueur dans tous les cas : proscription absolue du tabac, voire du séjour dans des locaux à atmosphère chargée de fumée de tabac ou de poussières; — proscription des alcooliques; — éviter tout risque de refroidissement; — repos de la voix.

Le traitement local consiste surtout en attouchements de la muqueuse avec divers topiques modificateurs ou caustiques. — Contre l'érythème, badigeonnages avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent (au 10e). — Contre les syphilides circonscrites, soit érosives, soit exulcéreuses, cautérisations au nitrate d'argent solide ou à la solution de nitrate d'argent (avec ou sans badigeonnages préalables à la cocaïne, suivant le degré de tolérance des lésions). — Le nitrate d'argent paraît en l'espèce le caustique de choix. Pour les syphilides, notamment, il est à coup sûr très supérieur à la teinture d'iode et à la solution de chlorure de zinc.

Comme adjuvants utiles, mais de second ordre, on a aussi recommandé : les gargarismes émollients; — les inhalations émollientes (à l'eau de guimauve et de pavot); — les pulvérisations chaudes, simples ou médicamenteuses; — les bains de vapeur, qui ne sont pas sans action sur les états congestifs du larynx, etc.

C'est la modalité hyperplasique qui exige le plus d'insistance sur l'emploi de ces diverses pratiques. On ne parvient guère à la modifier (quand on y parvient) qu'au prix d'une longue persévérance dans la mise en œuvre des cautérisations, des topiques, et du traitement mercuriel, auquel il est parfois utile d'associer l'iodure de potassium.

Enfin, lorsque des complications œdémateuses viennent mettre en péril la fonction respiratoire, il faut savoir ne pas reculer l'heure opportune de la trachéotomie. Attendre, c'est bien; mais attendre plus que de raison, tergiverser hors de propos et ne se résoudre à opérer qu'*in extremis*, c'est compromettre la vie du malade, qu'une intervention plus hâtive eût pu sauver.

Tels sont les deux grands groupes des syphilides muqueuses.

Pour achever l'étude de cet ordre d'accidents, il me reste encore à les envisager sur quelques autres sièges, d'abord sur certaines muqueuses, puis sur quelques départements cutanés.

I. — **Syphilides muqueuses des narines et de la pituitaire.** — Les syphilides muqueuses nasales ne sont pas très communes. Elles occupent le plus souvent les *narines*, c'est-à-dire un siège de transition entre la peau et le tégument muqueux.

Là, elles se présentent sous deux formes. Tantôt elles consistent en de petites érosions limitées ou, plus souvent encore, en de simples fendillements, simulant des gerçures, des crevasses, des rhagades. — Tantôt, ce sont des boursouflures papuleuses qui, plus étendues, occupent une partie des narines. Érosives de surface et souvent excoriées par les ongles, ces lésions se recouvrent fréquemment de croûtelles jaunâtres, eczématoïdes, ou bien rendues brunâtres, presque noires par le mélange d'une certaine quantité de sang. Il n'est pas très rare de les voir affecter en couronne tout le pourtour d'une narine ou des deux narines. A preuve une pièce de ma collection du musée de Saint-Louis, où l'on voit une couronne papuleuse rouge suivre tout le pourtour extérieur de chaque narine et se continuer intérieurement par des amas croûtelleux noirâtres.

Des syphilides érosives ou exulcéreuses s'observent encore quelquefois sur la cloison nasale. — On en a aperçu, à l'aide du speculum nasi, jusque sur les cornets.

II. — **Syphilides muqueuses oculaires.** — Tout à fait rares. — Elles peuvent affecter deux points : soit les paupières, soit la conjonctive.

1. Sur les *paupières*, elles se localisent le plus souvent au niveau des *commissures*, notamment de la commissure externe. Là, elles rappellent absolument l'aspect des syphilides commissuraires labiales. C'est dire qu'à l'instar de celles-ci elles figurent un Y, dont les branches sont représentées par deux bandelettes érosives qui suivent le bord libre de chaque paupière dans l'étendue de quelques millimètres, et le pied par un sillon ulcéreux qui répond à l'angle de réunion des paupières. — Assez souvent aussi, comme pour les syphilides des commissures, leur circonférence extérieure est bordée par une collerette croûtelleuse, qui leur confère un aspect eczémateux.

Elles sont bien plus rares sur le *bord ciliaire*, où elles prennent une forme allongée, effilée. — Alors qu'elles entament quelque peu le rebord libre des paupières, elles peuvent donner lieu à une chute circonscrite des cils.

Elles ne sont guère plus communes au niveau de la *caroncule*. Là, elles s'étalent sur tout ou partie du grand angle de l'œil, sous forme d'érosions généralement grisâtres, opalines, parfois même diphthéroïdes.

Toutes ces lésions sont de facile curabilité, sous l'influence d'un traitement topique consistant en ceci : cautérisations légères au

crayon de nitrate d'argent, fomentations boriquées, onctions avec pommade au calomel, etc. — Elles ne laissent en général aucune trace de leur passage. Il faut savoir cependant que celles qui occupent le grand angle de l'œil peuvent, si on les abandonne à elles-mêmes, dévier, rétrécir ou même, a-t-on dit, obstruer les points lacrymaux. Sur une malade de la ville, j'ai vu un point lacrymal inférieur être absolument dévié en avant par le fait d'une grosse papule occupant le bord interne de la paupière correspondante.

II. — Sur la *conjonctive*, où elles sont tout à fait rares, ces lésions occupent soit le district oculaire, soit le district palpébral. — Elles s'y présentent sous deux formes :

Tantôt ce sont de simples *érosions*, superficielles, plates, rouges ou grisâtres, variables comme dimensions entre un grain de blé et une lentille, n'atteignant que rarement les proportions d'une pièce de vingt centimes.

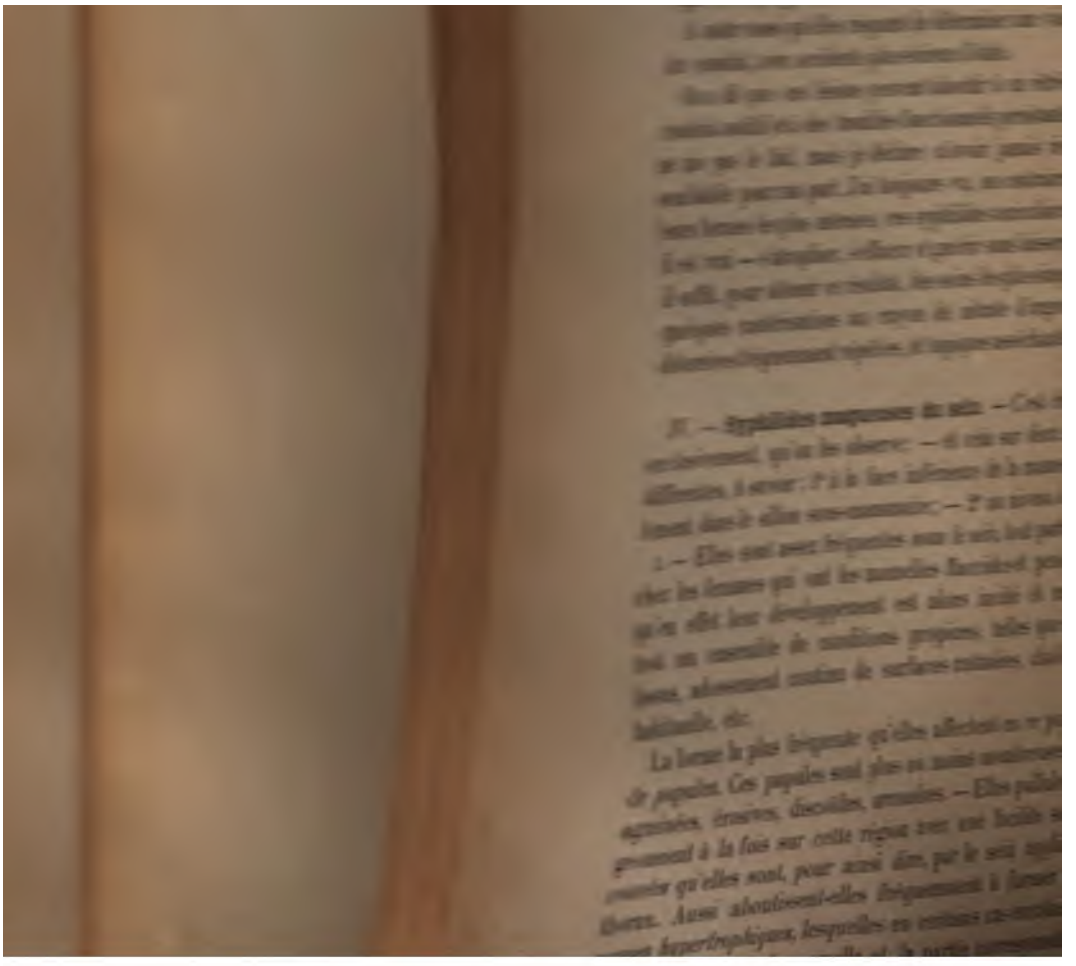
Tantôt, et plus fréquemment, ce sont de véritables *papules*, bien individualisées, bien définies, et d'autant plus irrécusables qu'elles coïncident le plus souvent avec des papules semblables de la face et du tronc. — Ces papules sont arrondies ou ovalaires, comparables comme proportions à une lentille ou, plus rarement, à une pièce de vingt centimes, et font un léger relief à la surface de la conjonctive oculaire ou palpébrale. Elles offrent le plus souvent une couleur d'un rose jaunâtre et sont encadrées par une zone d'injection vasculaire. Elles sont gênantes, mais ne donnent lieu qu'à des troubles fonctionnels plus légers qu'on ne s'y attendrait.

J'ai fait déposer au musée de l'hôpital Saint-Louis un moulage reproduisant une de ces papules de la conjonctive très exactement semblable à une lentille et située sur le globe oculaire à quelques millimètres de la cornée. — Dans un autre cas (relaté dans la thèse inaugurale du Dr Savy, 1876), j'ai vu une papule semblable, mais d'un diamètre bien supérieur (un demi-centimètre environ) figurer une sorte de « pastille » sur la conjonctive bulbaire. — Depuis lors, de nombreux cas semblables ont été relatés, notamment par MM. Sichel fils, Dor, Terson, Guttmann, etc.

III. — **Syphilides muqueuses de l'oreille.** — Peu communes, mais plus communes à coup sûr que ne le disent les traités classiques. Ainsi, M. le Dr Hermet en a réuni plus d'une cinquantaine d'exemples dans mon seul service de Saint-Louis en l'espace de quelques années.

Elles n'affectent qu'assez exceptionnellement le pavillon de l'oreille. Bien plus souvent elles se localisent dans le *conduit auditif*, et cela surtout au niveau de ses parties les plus extérieures.

Elles se produisent sous la forme érosive ou la forme papuleuse. Mais, si peu qu'elles soient négligées, elles deviennent facilement



sein, et couvrait le thorax de bourgeons végétants sur une hauteur rticale de 10 à 15 centimètres! Elle simulait presque de la sorte *cancer en cuirasse* à la période d'ulcération. C'était une lésion leuse, vraiment effrayante d'aspect. Ai-je besoin d'ajouter que ce tait pas moins en réalité une lésion des plus bénignes, dont quelles semaines de traitement firent facile justice?

. — Les syphilides muqueuses sont beaucoup plus rares au *melon*. Elles ne s'y observent guère que chez les femmes qui rrissent.

lles affectent là une forme toute spéciale, à savoir la forme *fissure*. Elles consistent, en effet, en des érosions linéaires, allongées, se produisent à la base même du mamelon, sur une portion de irconférence. Elles rappellent exactement d'aspect une gerçure, crevasse, une rhagade. Aussi bien, dépourvues de tout caracabsolu de spécificité, peuvent-elles facilement être confondues c les fissures du sein, si communes chez les femmes qui allaitent. 'humectation prolongée du mamelon pendant l'allaitement et les illements que subit cet organe sous l'influence de la succion stituent très certainement des causes essentiellement prédispotes à la plaque muqueuse mammaire chez les nourrices. De là le ger, le grave danger auquel on s'expose en confiant des nourons sains à des femmes syphilitiques, alors même que ces femmes aient indemnes d'accidents actuels.

V. — **Syphilides muqueuses de l'aisselle.** — Rares. — Elles ne bservent guère que sous forme de papules érosives, irrégulières, intantes, partiellement encroûtées en certains cas, et légèrement urigineuses. — Quand ces papules sont quelque peu confluentes, les ne tardent pas à s'agminer et à constituer des mamelons bourconnants informes, séparés en plusieurs masses par des sillons ssez creux correspondant aux plis de la région. Parfois même elles rennent un développement hypertrophique (1). — Ce sont encore là, ontrairement aux apparences, des lésions absolument bénignes, qui guérissent avec rapidité sous l'influence de quelques oins.

VI. — **Syphilides muqueuses de l'ombilic.** — Notablement plus communes que les précédentes. — Elles se présentent là sous la forme d'érosions ou de papules, soit rosées, soit grisâtres, parfois même opalines. — Quelquefois elles se recouvrent de [illegible] ce qui n'est pas sans conférer à l'affection une [illegible] avec l'eczéma.

VII. — **Syphilides muqu[illegible]** [illegible] mais ne se rencontr[illegible]

(1) Vay, au Mon[illegible]

certain milieu, à savoir dans la basse classe et chez les gens à pieds chroniquement incultes et négligés. — Elles sont appelées là par des causes diverses : contact intime et permanent des orteils, comprimés par la chaussure, état de moiteur habituelle de la région, et surtout incurie, saleté.

Elles affectent trois localisations, à savoir, par ordre de fréquence : les faces latérales, c'est-à-dire contiguës des orteils; — leur face inférieure, au niveau des plis de flexion; — et leur sommet. — Jamais elles ne se portent sur leur face supérieure.

Elles varient notablement d'aspect sur ces divers points. Ainsi :

1° Sur les faces latérales des orteils, elles constituent des érosions ou, plus souvent, des papules ulcératives. Ces lésions, vulgairement appelées plaques muqueuses *interdigitales*, sont en général arrondies, souvent même correctement orbiculaires. Elles frappent immédiatement le regard par leur couleur d'un rouge intense et d'un rouge généralement foncé, vineux, *lie de vin*. Elles laissent suinter en abondance une sanie roussâtre, qui imbibe les chaussettes et les chiffons dont entourent leurs pieds les misérables affectés de telles lésions. Cette sanie, par stagnation, par décomposition, finit par exhaler une odeur d'une extraordinaire et horrible fétidité.

2° Celles de la face inférieure des orteils offrent une physionomie tout autre, en se présentant sous forme d'une *fissure profonde encadrée de callosités*. Là, en effet, c'est-à-dire au niveau des plis articulaires et notamment du pli métatarso-phalangien, elles sont constituées par une rhagade transversale, parallèle à tel ou tel de ces plis ou, pour mieux dire, occupant ce pli même, rhagade ulcéreuse et profondément ulcéreuse, rouge, ou plus souvent encore, violacée. De plus, cette rhagade est circonscrite, cernée, surtout en avant et en arrière, par deux gros bourrelets épidermiques très durs, absolument calleux.

3° Au sommet des orteils, elles siègent sur la surface inférieure de la dernière phalange, là où l'orteil s'épanouit « en spatule ». Elles forment là une sorte de *mamelon corné ulcératif*. Ce qu'on voit est ceci : d'une part, un bourgeon informe, extrêmement dur, calleux, en un mot, un véritable **cor**; et, d'autre part, au centre de ce cor, une plaie du plus mauvais aspect, creusée en cratère, déchiquetée de bords, déchiquetée de fond, d'un rouge livide et presque noir, sanieuse, saignante, etc. (1).

Il se peut qu'il n'existe qu'une de ces lésions, comme il se peut aussi (et telle est presque la règle) qu'il en existe plusieurs et d'ordres divers soit sur un pied, soit sur les deux pieds. On a même cité des cas où *tous* les orteils étaient affectés d'une façon ou d'une autre. Mais cela ne s'observe que sur des sujets d'une malpropreté sordide et d'une incurie bestiale.

(1) De nombreux spécimens de ces diverses lésions figurent dans les vitrines du Musée de Saint-Louis.

Tout s'enchaîne. Issues des causes que je viens de dire, ces lésions ne font que s'exagérer et s'accroître sous l'influence des mêmes causes naturellement persistantes. Puis arrive un moment où, à leur tour, elles deviennent l'origine d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense. Cette réaction se traduit alors par ses phénomènes ordinaires, à savoir : rougeur périphérique plus ou moins accentuée suivant les cas, souvent intense et quasi-érysipélateuse ; — tuméfaction œdémateuse, parfois considérable ; — phénomènes douloureux : cuisson, chaleur locale, tension des tissus, élancements, etc. ; — puis, troubles fonctionnels : difficulté et parfois impossibilité de la marche. Aussi voyons-nous les misérables affectés de telles lésions n'arriver à l'hôpital qu'en se traînant, à la façon d'invalides, quelquefois même n'y arriver que sur un brancard. — Et ce n'est pas tout. Car, en certains cas plus rares, la scène peut se compliquer d'accidents autrement sérieux, à savoir notamment de lymphangites en nappe qui tuméfient le pied d'une façon massive, éveillent une réaction fébrile importante et constituent un ensemble morbide plus ou moins alarmant.

Eh bien, en dépit de telles apparences, toutes ces lésions guérissent assez facilement dès que les malades consentent à les traiter.

Le traitement à leur opposer est naturellement variable suivant leurs formes, à cela près d'une indication commune à toutes et majeure s'il en fût : *propreté* substituée à la saleté et à l'infection.

S'il ne s'agit que de formes légères, on peut se satisfaire des quelques soins suivants : bains généraux, répétés tous les jours d'abord, puis tous les deux ou trois jours ; — lotions, trois fois par jour, avec liqueur de Labarraque coupée d'eau ; — assèchement, après chaque lotion ; — aspersion d'une poudre isolante ; — et interposition d'une couche d'ouate entre les orteils.

Mais, si l'on a affaire à des ulcérations creuses, sanieuses, inflammatoires, il convient de recourir à d'autres topiques, au moins pour un certain temps, d'autant qu'en pareil cas l'éréthisme de telles plaies s'accommode mal des pansements secs. Les topiques gras sont seuls tolérés. Ce qui réussit le mieux, c'est la pommade à l'iodoforme (à un gramme pour 10 grammes de vaseline), dont on enduit des couches d'ouate. Parfois même cette pommade irrite, et j'ai vu, pour quelques jours, la vaseline ou le cold-cream être seuls acceptés des malades. — En outre, dans les cas de ce genre, bains quotidiens, prolongés d'une à deux heures ; — cataplasmes de fécule tièdes ou froids, au niveau des placards lymphangitiques ; — lotions antiseptiques, etc.

C'est seulement à une époque ultérieure, alors que l'éréthisme est calmé et que les symptômes inflammatoires ont disparu, qu'on peut revenir à l'usage des pansements secs, soit à la poudre d'iodoforme, soit à la poudre d'oxyde de zinc ou de talc. — Quelques cautérisations légères au nitrate d'argent pourront activer la guérison.

Enfin, le pansement par occlusion au taffetas de Vigo ou au taffetas iodoformé trouve aussi son indication à l'époque où les phénomènes de réaction ont disparu.

Il va sans dire que le repos horizontal est indispensable, surtout au cas de complications inflammatoires.

INDURATIONS SECONDAIRES. — MÉTAMORPHOSES DU CHANCRE.

Deux questions annexes doivent actuellement trouver place ici. L'une a trait aux *indurations secondaires*, et l'autre aux « transformations du chancre », à ce qu'on appelait autrefois les « *métamorphoses du chancre in situ* ».

I. — **INDURATIONS SECONDAIRES. — Pseudo-chancres. — Signification clinique de l'induration en syphilis.** — Il n'est pas absolument rare que, d'une façon toute spontanée (1), les syphilides muqueuses *s'indurent* à l'instar du chancre, c'est-à-dire se doublent à leur base d'un exsudat néoplasique, lequel, par ses attributs, ses caractères, sa façon d'être, rappelle plus ou moins complètement l'exsudat néoplasique du chancre, le néoplasme induré de l'accident primitif. De telle sorte qu'au toucher ces syphilides fournissent la même sensation que le chancre, de telle sorte qu'elles sont *indurées* comme lui. On croirait, en explorant leur base, leur assise, avoir sous le doigt la base, l'assise, l'induration spécifique du chancre.

Il y a donc des syphilides indurées, tout comme il est un chancre induré.

J'ajouterai même, pour compléter la proposition qui précède, que ces indurations secondaires sont absolument identiques cliniquement à l'induration du chancre. A savoir :

Elles lui sont identiques, d'abord, en ce que, comme cette dernière, elles sont constituées par un néoplasme fournissant aux doigts une rénitence sèche, élastique, chondroïde même en certains cas, très différente comme sensation soit de la dureté pâteuse de l'œdème, soit de l'engorgement inflammatoire ;

Elles lui sont identiques encore en tant que lésions indolentes et aphlegmasiques, c'est-à-dire se développant à froid, sans douleur, sans réaction locale, sans irradiation inflammatoire ;

Elles lui sont identiques aussi comme volume, comme développe-

(1) Il ne s'agit ici, besoin est de le préciser, que d'indurations d'ordre *spontané*, et non d'indurations artificielles pouvant dériver de cautérisations ou de certains topiques. — Ces indurations artificielles s'observent avec les syphilides secondaires comme avec le chancre et sous l'influence des mêmes conditions étiologiques (Voy. p. 76) ; mais, encore une fois, ce n'est pas d'elles qu'il est question dans le chapitre actuel.

ment, comme configuration, comme ensemble de caractères, comme physionomie générale de lésions ;

Enfin, elles lui sont identiques même (je puis le dire par avance) comme évolution et comme terminaison, en tant que lésions spontanément résolutives, aboutissant après une certaine durée à se résorber *proprio motu* et à disparaître sans laisser de traces.

En un mot, ces indurations secondaires reproduisent exactement, trait pour trait, l'induration chancreuse, et cela en coïncidence avec des manifestations d'ordre consécutif.

Sommairement, donc, le fait clinique dont il s'agit en l'espèce se résume en ceci : une lésion secondaire se présentant doublée à sa base d'une rénitence, d'une induration tout à fait assimilable à la rénitence, à l'induration qui sous-tend le chancre syphilitique.

Comme *siège*, c'est à la vulve que ces indurations secondaires s'observent le plus souvent, et cela sous la base de syphilides de divers ordres, notamment de syphilides papulo-érosives, de syphilides papulo-hypertrophiques ou même (mais plus rarement) de syphilides simplement érosives.

Elles ne sont pas rares non plus à la verge, notamment au niveau de la rainure glando-préputiale où l'on voit assez fréquemment de petites syphilides, même simplement érosives, se doubler à leur base d'une rénitence singulière, soit étalée en lamelle et parcheminée, soit même nodulaire et profonde.

De même aussi des syphilides superficielles du gland infiltrent parfois la muqueuse de cet organe et lui confèrent une véritable rénitence de parchemin. — Plus rarement on a vu des néoplasies secondaires, sous-jacentes à des syphilides, s'étaler en nappe et revêtir une large surface du gland (voire, mais exceptionnellement, le gland tout entier) d'une sorte de cuirasse rénitente, et rénitente à ce degré qu'un de mes malades comparait sa verge à « une verge de bois ».

Des indurations de même genre se rencontrent encore, mais bien moins souvent, sous les syphilides des bords de la langue, des lèvres, de l'anus, etc. (1).

Pseudo-chancres indurés de récidive. — A coup sûr, les indurations secondaires dont je viens de parler ne constituent par elles-mêmes qu'un fait clinique auquel devrait suffire une simple mention. Mais une circonstance spéciale leur rattache un intérêt de premier ordre. C'est qu'en effet **elles peuvent simuler le chancre syphilitique** et même le simulent parfois à un haut degré. Voici comment :

Que l'on suppose une syphilide papulo-érosive, circonscrite et so-

(1) Pour de plus amples détails, consulter à ce sujet un Mémoire publié par moi, sous le titre suivant : Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques (*Archives gén. de médecine*, 1868).

litaire comme le chancre, se présentant avec une base indurée, une telle lésion ne sera-t-elle pas admirablement faite pour donner le change et en imposer pour un chancre induré? Comme le chancre, elle sera isolée; — comme lui, elle sera érosive et quelque peu saillante; — comme lui, rouge ou rosée; — comme lui, surtout, elle reposera sur une base rénitente, dure, etc. — Bref, elle pourra avoir et, de fait, elle aura parfois tellement l'air, la physionomie, l'ensemble objectif du chancre que, neuf fois sur dix, elle sera sûrement prise pour un chancre. L'erreur, en l'espèce, est plus que facile; elle est presque forcée. Il faut vraiment avoir appris par expérience personnelle que des lésions secondaires peuvent se présenter sous cette forme pour ne pas les confondre avec le chancre.

Pratiquement, le danger de confondre avec le chancre ces *syphilides indurées chancriformes*, ces *pseudo-chancres* (comme je les appelle) ne porterait pas à conséquence; car, après tout, chancre et syphilides sont symptômes d'un même mal et impliquent les mêmes indications thérapeutiques. Mais, doctrinalement, c'est une tout autre affaire. Une syphilide prise pour un chancre signifie ceci en doctrine : *infection nouvelle surajoutée à une infection antérieure, seconde vérole entée sur une première.* Qui dit chancre, en effet, dit accident dérivé d'une contagion, accident initial allant servir d'exorde à une diathèse. Un sujet syphilitique présentant à nouveau un chancre induré est un sujet qui vient de contracter une *seconde* vérole.

Or, comme rien n'empêche que, sur un organisme en puissance de syphilis, il ne se développe deux et trois fois de suite des syphilides indurées, voyez où peut conduire l'erreur, l'erreur facile, qui considérerait cette série de syphilides comme une série de chancres successifs. Il résulterait de là qu'on a la faculté de subir deux ou trois fois de suite une contagion nouvelle et de « s'envéroler coup sur coup », comme on le disait autrefois. Il résulterait de là que l'organisme humain est susceptible de subir à courte échéance plusieurs inoculations successives du virus syphilitique, alors que la clinique et l'expérimentation s'accordent à nous le montrer réfractaire à ce virus après une contamination première, alors qu'il est d'expérience commune et de notion vulgaire que (sauf exceptions prodigieusement rares) *la vérole ne se double jamais.* A quelles conclusions illégitimes et singulières aboutirait en l'espèce le seul fait d'un symptôme mal interprété !

Eh bien, cette interprétation vicieuse a été appliquée plusieurs fois, sans aucun doute, à l'ordre des lésions dont je viens de parler. Plusieurs fois on a pris pour des chancres indurés nouveaux, pour des chancres indurés *de récidive*, des syphilides indurées, et l'on a conclu de là que *la vérole peut, même à bref délai, se doubler, se tripler, sur le même sujet*, alors qu'en réalité les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument

exceptionnels. Qu'on prenne le soin d'analyser en détail les quelques cas de « vérole double » qui ont été publiés par divers auteurs, et l'on restera convaincu, après examen minutieux, que la plupart de ces prétendus chancres de récidive n'étaient en réalité rien autre que des *syphilides indurées chancriformes, simulant le chancre par la particularité speciale de leurinduration.* Observations en mains, il me serait facile de faire la preuve de ce que j'avance; mais je n'ai pas, quant à présent, à débattre ce sujet, qui devra m'occuper plus tard. Je me borne pour l'instant à signaler à son propos une cause d'erreur contre laquelle il importe de se tenir en garde.

C'est qu'en effet, on prête généralement à l'*induration* un sens qu'elle ne comporte pas ; on lui fait dire, si je puis ainsi parler, ce qu'elle ne dit pas. On s'est accoutumé à la considérer comme un attribut spécial du chancre, comme un signe appartenant au chancre d'une façon exclusive. Toute ulcération indurée, toute lésion indurée. est réputée chancre *ipso facto*, par le seul fait qu'elle est indurée Or, rien de plus arbitraire, rien de moins légitime qu'une telle interprétation, et besoin est véritablement de réagir contre cette tendance, comme je vais essayer de le faire en quelques mots.

L'induration considérée en tant que signe clinique, l'induration telle que nous la percevons sur le malade, n'est absolument pathognomonique ni d'une *maladie*, la syphilis, ni d'un accident spécial de cette maladie, le *chancre*.

D'abord, en tant que signe clinique, elle peut être simulée soit par divers états morbides, soit même par la réaction de certains caustiques, de certains topiques sur des ulcérations ou des lésions vulgaires. A preuve, par exemple, ces *indurations artificielles* dont j'ai parlé précédemment comme susceptibles de simuler à s'y méprendre l'induration spontanée du chancre.

Mais là n'est pas le point important. Ce qui nous intéresse plus immédiatement est ceci : *l'induration n'appartient pas en propre à un accident particulier de la syphilis*; elle n'est pas l'apanage exclusif d'une manifestation de la diathèse ; en un mot, elle n'est pas pathognomonique du chancre. Sans doute elle s'observe en compagnie du chancre bien plus fréquemment que de tout autre accident; mais elle se rencontre aussi en maintes occasions comme phénomène indépendant du chancre, comme expression ultérieure de la diathèse. Elle se rencontre, par exemple, très communément avec les syphilides muqueuses, comme je viens de l'établir. Parfois encore elle s'adjoint, sous forme d'infiltration lamelleuse ou parcheminée, à certaines syphilides cutanées, telles que les syphilides papuleuses à papules bien formulées, lenticulaires, discoïdes, etc. (Voy. page 301). C'est elle, de même, qu'on retrouve dans certaines lésions que j'ai décrites sous le nom de *chancre redux* et d'indurations *satellites du chancre*. C'est elle encore qui constitue ces lymphangites et ces

adénopathies dures qui se produisent au voisinage de l'accident primitif. C'est elle encore qui constitue les adénopathies secondaires, les noyaux de l'albuginite, les tubercules, les « nodi », et toute une série d'infiltrats de même ordre.

L'induration, en conséquence, ne saurait être considérée comme un signe propre du chancre. Loin de là, *c'est un signe commun à des manifestations variées et à des âges divers de la syphilis*. Elle se relie moins à un accident donné de la maladie qu'à la maladie même ; elle trahit, elle accuse moins un stade chronologique de la diathèse que la nature même et l'essence de cette diathèse. En autres termes, l'induration, en syphilis, n'atteste pas plutôt le chancre que tel autre accident ; elle témoigne simplement d'une modalité pathologique qu'affecte fréquemment la syphilis.

Cette façon d'envisager l'induration me paraît déduite en toute rigueur de l'analyse des faits cliniques. D'autre part, elle trouve sa sanction dans les données de l'histologie. Qu'est-ce donc, en effet, que l'induration chancreuse histologiquement ? Un néoplasme développé sous l'érosion du chancre. De même, histologiquement, que sont les indurations secondaires ? Des néoplasmes identiques doublant la base de lésions secondaires. Que sont encore les indurations ganglionnaires ? Des néoplasmes interstitiels des glandes, etc. Est-il donc surprenant qu'une maladie, susceptible de déterminer une lésion identique à diverses périodes de son évolution, se traduise cliniquement à diverses périodes par un signe commun ? Cette lésion identique, c'est un néoplasme ; ce signe commun, c'est l'induration.

II. — **TRANSFORMATION DU CHANCRE EN PLAQUE MUQUEUSE. — Ancienne doctrine de la plaque muqueuse primitive.** — Il est positif qu'en maintes occasions le chancre aboutit à prendre l'aspect, la physionomie de la plaque muqueuse ou, pour mieux préciser, de la papule érosive secondaire. De cette modification objective on avait conclu jadis à une *transformation de nature*, et l'on disait — à tort ou à raison, je discuterai ce point dans un instant — que le chancre ainsi altéré de caractère « s'était métamorphosé » *ipso facto* en une plaque muqueuse.

Nos devanciers rattachaient à cette *transformation* du chancre, comme ils l'appelaient, une importance de premier ordre, car ils admettaient que le chancre, *par le seul fait de cette modification*, passait à l'état d'accident constitutionnel et cessait d'être soit auto-inoculable, soit inoculable à autrui, c'est-à-dire contagieux. C'était là, — ai-je besoin de le dire ? — toute une cascade d'erreurs dont l'observation et l'expérience ont fait justice aujourd'hui. Nous savons actuellement, en effet, que le chancre, le vrai chancre, est un accident tout aussi constitutionnel qu'une manifestation secondaire ; — nous

savons qu'il est réfractaire à l'auto-inoculation, comme les lésions d'un stade plus avancé; — nous ne savons pas moins que la contagiosité de la maladie, loin de s'éteindre avec le chancre, se continue dans les accidents d'une époque ultérieure, notamment dans les plaques muqueuses. En conséquence, ce qu'on regardait jadis comme une véritable *métamorphose, transformant du tout au tout l'essence de l'accident primitif*, n'est plus pour nous qu'un changement d'aspect, qu'une modification d'allure, qui n'influe en rien sur les qualités intrinsèques de cet accident, sur son caractère de manifestation diathésique, sur sa résistance à l'auto-inoculation, non plus que sur sa contagiosité. Ce phénomène a donc perdu pour nous à peu près tout l'intérêt clinique qu'on lui attribuait autrefois, en descendant au rang d'une simple particularité objective. N'importe, cependant; car, à un tout autre point de vue, il s'impose encore à l'attention, ainsi qu'on va le voir.

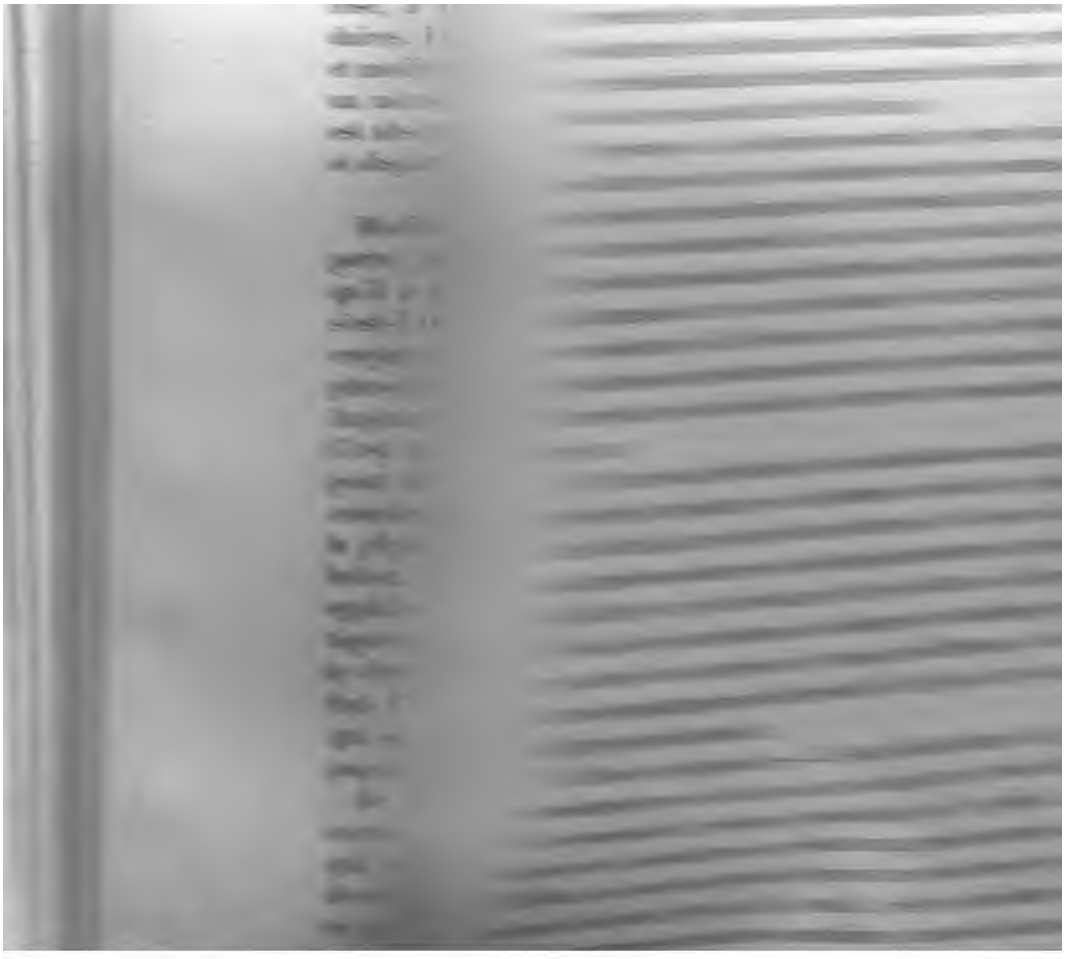
Tout d'abord, comment se produit cette transformation du chancre? De deux façons, l'une très commune, l'autre rare.

I. — La première consiste en une véritable *modification in situ*, qui s'opère comme il suit. De plat ou de creux qu'il était, le chancre commence par devenir proéminent; son fond bourgeonne, se bombe, s'élève en plateau, *s'exhausse*, suivant le terme consacré; — en même temps *sa surface se modifie* comme teinte; grise, rouge ou rougeâtre à l'origine, elle arrive par transitions insensibles à prendre un ton rosé ou d'un gris rose assez pâle; — simultanément aussi, de lisse qu'elle était, elle devient quelque peu *granuleuse*; — enfin, comme aspect général (ce qui est indescriptible), la lésion entière perd peu à peu sa physionomie de chancre pour prendre celle d'une papule secondaire.

Puis, toutes ces modifications de détail marchant de compagnie et s'exagérant de jour en jour, il arrive qu'au moment où elles sont accomplies le chancre, pour ainsi dire, n'existe plus; c'est fait de lui en tant que physionomie de chancre; il est devenu papule, et quiconque le verrait pour la première fois sous cette forme nouvelle le prendrait pour une lésion secondaire, pour une papule érosive secondaire. — On dit alors qu'il s'est *transformé*.

Inutile d'ajouter qu'après être passé de la sorte à l'état de papule, le chancre se conduit ultérieurement comme une papule, c'est-à-dire se répare et se cicatrise rapidement, si peu qu'on lui oppose une hygiène convenable et un traitement topique des plus simples.

II. — Le second mode de transformation du chancre, pour être différent, n'est guère plus compliqué. Il consiste en une véritable *absorption* du chancre par des lésions secondaires développées à sa périphérie. Comment se fait cette absorption? Elle résulte simplement de la prolifération au pourtour du chancre d'une série de papules qui se groupent autour de lui, l'enserrent, le cernent, puis se



Des adénopathies secondaires, toutefois, peuvent se manifester à une époque plus tardive; mais elles restent alors isolées. En tout cas elles deviennent de plus en plus rares à mesure que la maladie s'éloigne de son début.

Division. — La réaction infectieuse de la syphilis s'exerce, mais avec une très grande inégalité de fréquence, soit sur les ganglions, soit sur les cordons lymphatiques. Ainsi que je viens de le dire, les adénopathies secondaires sont extraordinairement communes; tout au contraire les lymphangites ou, pour parler plus exactement, les lymphopathies secondaires sont relativement rares.

I. — ADÉNOPATHIES. — *Siège.* — Deux points à noter relativement aux localisations de ces adénopathies secondaires.

Le premier, c'est que le système ganglionnaire n'est jamais envahi tout entier, c'est-à-dire dans tous ses districts. La clinique nous le présente seulement affecté dans un certain nombre de ses ganglions, et de ses ganglions superficiels, sous-cutanés. — Nous manquons encore d'autopsies en nombre suffisant pour juger de l'état des ganglions profonds au cours de la période secondaire. On les dit « épargnés ou relativement épargnés à cette période »; mais cela demande vérification.

Le second point, plus curieux, disons même extraordinaire, consiste dans la *prédilection de la syphilis secondaire pour certains ganglions* qu'elle affecte de préférence à tous les autres. Prédilection que de rechef et à dessein je qualifie d'extraordinaire en ce qu'elle n'est en rien motivée, au moins dans la plupart des cas. Ainsi, il est trois groupes de ganglions qui sont intéressés par la syphilis secondaire avec une énorme supériorité de fréquence par rapport à tous les autres, à savoir :

Les ganglions cervicaux postérieurs;

Les ganglions cervicaux antérieurs;

Et les ganglions épitrochléens.

Tous les autres ganglions, tels que ceux des aines, des aisselles, des creux poplités, etc., peuvent être dits presque épargnés relativement à ceux dont il vient d'être question.

1. — Parmi ces ganglions *préférés* de la syphilis, sur lesquels besoin est d'insister, se placent au premier rang et sans conteste les **ganglions cervicaux postérieurs**. Ceux-ci se répartissent en trois groupes qui correspondent aux diverses adénopathies suivantes :

1° Adénopathie *cervicale postérieure* proprement dite, constituée par les ganglions situés sur les parties postéro-latérales du cou, dans la rainure du trapèze;

2° Adénopathie *sous-occipitale*, constituée par les ganglions sous-[illegible]ux, lesquels sont situés à la partie postéro-inférieure du [illegible] la base même de l'occiput;

ADÉNOPATHIES et LYMPHANGITES SECONDAIRES.

La réaction du germe infectieux sur le système lymphatique commence avec le chancre, comme nous l'avons vu par ce qui précède, pour se continuer ultérieurement au cours de la période secondaire. Seulement, au cours de cette période, elle se modifie d'allure. Avec le chancre, elle semblait constituée par des adénopathies locales, symptomatiques d'une infection locale. Dans la période secondaire, inversement, elle se traduit par des adénopathies qui dérivent manifestement, par le fait même de leur dissémination, voire parfois de leur généralisation, d'une infection générale, d'une véritable « syphiloémie », suivant le mot du Pr de Amicis.

Fréquence. — La syphilose secondaire du système lymphatique constitue un ordre de manifestations des plus communes. Il n'y aurait que peu d'exagération à la dire constante, tant il est rare de la voir faire absolument défaut. A coup sûr, en tout cas, la syphilis est du nombre des maladies qui influencent le plus activement le système ganglionnaire. A coup sûr, également, c'est au cours de la période secondaire qu'elle l'influence de la façon la plus fréquente et la plus intense, relativement surtout à ce qui se produit dans la période tertiaire, où les accidents de ce genre sont incomparablement plus rares.

Il est vrai que l'intensité de ces manifestations secondaires vers le système lymphatique est extrêmement variable d'un sujet à un autre. Ainsi, à prendre les deux extrêmes, il est des cas où les adénopathies secondaires sont réellement importantes et par leur multiplicité et par leur volume; et il en est d'autres où elles restent à la fois si peu nombreuses et si minimes que les malades peuvent ne pas même s'en apercevoir. Pourquoi ces différences, et de quelles raisons pathogéniques dérivent-elles? Cela, jusqu'à ce jour, nous a échappé complètement.

Échéance d'apparition. — C'est au début même de la période secondaire que se fait ou tout au moins que se révèle cette prise de possession du système lymphatique par la syphilis. A cette époque il se produit vers ce système un grand mouvement de prolifération, sans doute préparé depuis un certain temps par un processus silencieux. Quoi qu'il en soit, c'est en coïncidence avec les premières poussées éruptives secondaires, quelquefois même un peu auparavant, qu'on voit poindre de divers côtés des adénopathies spéciales, notamment, à ne parler que des plus communes, celles qui ont pour siège la région de la nuque, les apophyses mastoïdes, le cou, la région sus-épitrochléenne, etc. Et c'est peu de temps après, vers l'époque où les dermatoses secondaires battent leur plein, que cette prolifération ganglionnaire atteint son apogée.

Des adénopathies secondaires, toutefois, peuvent se manifester à une époque plus tardive; mais elles restent alors isolées. En tout cas elles deviennent de plus en plus rares à mesure que la maladie s'éloigne de son début.

Division. — La réaction infectieuse de la syphilis s'exerce, mais avec une très grande inégalité de fréquence, soit sur les ganglions, soit sur les cordons lymphatiques. Ainsi que je viens de le dire, les adénopathies secondaires sont extraordinairement communes; tout au contraire les lymphangites ou, pour parler plus exactement, les lymphopathies secondaires sont relativement rares.

I. — ADÉNOPATHIES. — *Siège.* — Deux points à noter relativement aux localisations de ces adénopathies secondaires.

Le premier, c'est que le système ganglionnaire n'est jamais envahi tout entier, c'est-à-dire dans tous ses districts. La clinique nous le présente seulement affecté dans un certain nombre de ses ganglions, et de ses ganglions superficiels, sous-cutanés. — Nous manquons encore d'autopsies en nombre suffisant pour juger de l'état des ganglions profonds au cours de la période secondaire. On les dit « épargnés ou relativement épargnés à cette période »; mais cela demande vérification.

Le second point, plus curieux, disons même extraordinaire, consiste dans la *prédilection de la syphilis secondaire pour certains ganglions* qu'elle affecte de préférence à tous les autres. Prédilection que de rechef et à dessein je qualifie d'extraordinaire en ce qu'elle n'est en rien motivée, au moins dans la plupart des cas. Ainsi, il est trois groupes de ganglions qui sont intéressés par la syphilis secondaire avec une énorme supériorité de fréquence par rapport à tous les autres, à savoir :

Les ganglions cervicaux postérieurs;

Les ganglions cervicaux antérieurs;

Et les ganglions épitrochléens.

Tous les autres ganglions, tels que ceux des aines, des aisselles, des creux poplités, etc., peuvent être dits presque épargnés relativement à ceux dont il vient d'être question.

1. — Parmi ces ganglions *préférés* de la syphilis, sur lesquels besoin est d'insister, se placent au premier rang et sans conteste les **ganglions cervicaux postérieurs**. Ceux-ci se répartissent en trois groupes qui correspondent aux diverses adénopathies suivantes :

1° Adénopathie *cervicale postérieure* proprement dite, constituée par les ganglions situés sur les parties postéro-latérales du cou, dans la rainure du trapèze;

2° Adénopathie *sous-occipitale*, constituée par les ganglions sous-occipitaux, lesquels sont situés à la partie postéro-inférieure du crâne, à la base même de l'occiput;

3° Adénopathie *mastoïdienne*, constituée par les ganglions mastoïdiens. — Relégués derrière l'oreille et beaucoup moins volumineux que les précédents, ceux-ci forment au niveau même de l'apophyse mastoïde de petits soulèvements hémisphériques ou semi-ovoïdes, comparables tout au plus à des moitiés de noyaux de cerise ou à des grains de grenade.

Ces trois variétés d'adénopathies coexistent chez nombre de malades; chez d'autres, il n'en existe que deux ou même une seule, et celle-ci, presque invariablement, est la cervicale postérieure.

Cette adénopathie cervicale postérieure est tellement commune qu'elle est devenue un signe banal de syphilis. Voyez un médecin interroger un malade; au premier soupçon de syphilis, il ne manquera jamais de courir droit aux ganglions cervicaux postérieurs; et ce n'est pas sans raison, car il espère trouver là et il trouvera là dans la plupart des cas un élément séméiologique qui certes n'est pas sans valeur.

II. — Les *adénopathies cervicales antérieures* se subdivisent de même en plusieurs groupes.

Les plus communes sont les adénopathies *péri-pharyngées*. Celles-ci sont placées sur les côtés du pharynx, au-devant du muscle sterno-mastoïdien. — Disons par avance qu'elles semblent expliquées en nombre de cas par les syphilides de la gorge.

Notablement plus rares sont les adénopathies *sus-hyoïdiennes*, situées au niveau ou au-dessus de l'os hyoïde, et les adénopathies *cervicales inférieures* siégeant sur les parties inféro-latérales du cou.

A ce groupe il faut adjoindre encore les adénopathies *sous-maxillaires*, le plus souvent symptomatiques de lésions spécifiques de la bouche.

III. — Moins fréquente, mais bien autrement curieuse, en raison de sa singularité de siège et de l'absence de toute raison propre à l'expliquer, est l'*adénopathie épitrochléenne*. Celle-ci siège à la partie inférieure et interne du bras, le long du bord interne du biceps et à quelques centimètres au-dessus de l'épitrochlée. — D'après de Amicis, elle se rencontrerait presque dans le quart des cas, d'une façon contemporaine avec les adénopathies usuelles de la syphilis secondaire.

Elle est susceptible de quelques variétés. Ainsi, elle peut être unilatérale ou bilatérale; — elle peut être constituée par un ganglion unique ou bien, ce qui est beaucoup plus rare, par deux ou trois ganglions.

Pathogénie. — On a longuement discuté sur la *pathogénie* des adénopathies secondaires. Pour les uns, ces adénopathies seraient toujours *symptomatiques*, c'est-à-dire provoquées par des lésions du tégument cutané ou muqueux. Pour les autres, elles seraient plus spécialement ou exclusivement même *idiopathiques*, c'est-à-dire

déterminées directement par la diathèse et non par des manifestations locales Le débat est de médiocre importance, à mon gré; d'autant que l'une et l'autre de ces opinions contiennent certainement, comme je vais l'établir, une part de vérité.

D'une part, en effet, il est positif que certaines adénopathies secondaires se produisent sans être appelées, incitées, motivées par le moindre phénomène local, cutané ou muqueux. Tels sont les cas — fort nombreux — où des adénopathies cervicales se manifestent sans la moindre éruption du cuir chevelu. (Et, d'ailleurs, alors même qu'on rencontre quelques minimes croûtelles dans le cuir chevelu, est-ce qu'il n'y a pas presque toujours un défaut de proportion entre ces insignifiantes lésions et l'importance usuelle des adénopathies cervicales?) — Telle est de même l'adénopathie épitrochléenne, qui se présente très fréquemment sans la plus légère dermatose de la main et de l'avant-bras. — Tels sont encore certains cas où l'on a vu (comme sur deux malades cités par Prince Morrow) des adénopathies généralisées se manifester en dehors de toute éruption. — Il est donc de toute évidence que, dans ces conditions, les adénopathies se développent sous l'influence *directe* de la syphilis et par le fait seul de l'infection générale, sans être sollicitées, provoquées par l'incitation médiate d'une lésion locale.

Mais, d'autre part, il n'est pas rare que des adénopathies se produisent à la suite et au voisinage de certaines localisations diathésiques. Exemples : adénopathies péri-pharyngées multiples et en pléiade à la suite de poussées éruptives vers les amygdales et la gorge; — adénopathies sous-maxillaires à la suite de plaques muqueuses des lèvres et de la bouche; — adénopathies cervicales postérieures et mastoïdiennes à la suite d'éruptions profuses du cuir chevelu, etc. Comment refuser en pareilles conditions la qualité de lésions *symptomatiques* à de tels accidents? Comment ne pas établir une relation de cause à effet entre ces déterminations cutanées ou muqueuses et les engorgements glandulaires qui leur servent manifestement d'épiphénomènes?

Donc, bien certainement, il est des adénopathies qui se développent au voisinage et sous l'influence de lésions secondaires, tout comme l'adénopathie primitive sous l'action du chancre. — Seulement, à ce dernier propos, ne manquons pas de placer une remarque. C'est qu'entre les lésions secondaires et le chancre il existe une différence considérable au point de vue de l'influence que ces deux ordres d'accidents peuvent exercer sur les ganglions. Avec le chancre, l'adénopathie syphilitique n'a pas, pour ainsi dire, le droit de faire défaut; elle est forcée, *fatale*. Avec les lésions secondaires, l'adénopathie est seulement éventuelle, *possible*; elle peut se produire ou ne pas se produire, et très souvent en effet elle ne se produit pas. Les exanthèmes cutanés, par exemple, ne développent presque jamais d'adénopathies;

le psoriasis palmaire, entre autres, laisse absolument indemnes les ganglions du bras et de l'aisselle; les syphilides vulvaires ne retentissent qu'assez rarement sur les ganglions de l'aine, etc. Il n'est guère en somme que certaines formes et certaines localisations d'accidents qui influencent les ganglions à la période secondaire, telles que les syphilides du cuir chevelu et les syphilides muqueuses de la cavité buccale. — Quant aux raisons de ces diverses particularités, elles nous échappent encore, et ce sont là des faits cliniques qu'il nous faut enregistrer sans les comprendre.

FORMES CLINIQUES. — Les adénopathies secondaires sont susceptibles de formes diverses, qu'on peut ramener à trois types. Mais de ces trois formes il en est une qui, à elle seule, est incomparablement plus fréquente que les deux autres réunies. Sans exagération on peut dire qu'elle se présente 19 fois sur 20. Je la décrirai donc tout d'abord, et cela sous le nom de forme usuelle.

I. — **Forme usuelle.** — Celle-ci est également la forme bénigne des adénopathies secondaires. On peut la caractériser d'un mot, en disant qu'elle est *calquée sur le type de l'adénopathie primitive*, de l'adénopathie symptomatique du chancre. De tous points, en effet, elle reproduit le bubon satellite du chancre, et comme symptômes, et comme allure générale, et comme évolution, et comme terminaison.

Elle est constituée, donc, comme celui-ci, par des adénopathies essentiellement *aphlegmasiques*, *indolentes* et *spontanément résolutives*. — Détaillons.

Comme volume, d'abord, ces adénopathies secondaires sont peu importantes. Elles n'offrent guère en moyenne que les proportions d'une noisette. Quelquefois moindres (exemple : adénopathies mastoïdiennes), elles atteignent en d'autres cas les proportions d'une olive ou d'une demi-noix, rarement celles d'une noix.

Elles débutent et se constituent sourdement, insidieusement, sans attirer l'attention des malades, qui s'en aperçoivent un beau jour d'une façon toute fortuite ou qui, en ignorant même l'existence, se montrent fort surpris quand le médecin les leur révèle. C'est assez dire combien elles sont *indolentes* dans leur développement. C'est dire aussi qu'elles sont absolument *aphlegmasiques*, ne déterminant ni rougeur de la peau, ni chaleur locale, ni phénomènes réactionnels généraux, ni troubles périphériques d'aucun genre. Ce sont, en un mot, des intumescences glandulaires, et rien de plus ; des intumescences glandulaires lisses à leur surface, fermes et dures, et donnant bien l'idée d'une infiltration, d'une néoplasie ganglionnaire. — Elles ne contractent aucune adhérence avec les tissus ambiants ; elles restent *libres* et *mobiles*, ce qui permet d'en apprécier à la fois le volume, la forme et la rénitence. On dirait, tant elles roulent librement sous le doigt, des « *noisettes* » sous-cutanées, et c'est de ce nom, en effet, que les qualifient les malades. Elles diffèrent donc notablement par

cet ensemble de caractères des adénopathies inflammatoires ou strumeuses, dont le propre est de former de rapides adhérences avec le stroma cellulaire périphérique et de se masser avec les tissus ambiants.

Une fois qu'elles ont acquis leur complet développement, ces adénopathies *restent ce qu'elles sont*, et cela pour un temps variable, toujours assez long. Pendant plusieurs semaines au minimum, pendant plusieurs mois en général, elles demeurent absolument stationnaires sans subir la moindre modification. — Puis, à un moment donné, elles commencent à perdre de leur consistance et à diminuer de volume. Elles se résolvent alors progressivement, sans phénomènes nouveaux, s'atrophient sur place et disparaissent. Elles sont donc *spontanément résolutives*.

Au total, le trait prédominant de cette symptomatologie, c'est la *bénignité* des symptômes. Aussi bien a-t-on dit, non sans raison, que ces adénopathies secondaires étaient « plus curieuses qu'importantes ».

De là cette conséquence, qu'elles ne réclament aucune intervention thérapeutique spéciale. Elles guérissent seules en effet, et, dans cette première forme tout au moins, il est absolument superflu de leur opposer, en dehors du traitement de la diathèse, la moindre médication locale.

Leur véritable intérêt est donc scientifique et surtout séméiologique. Ce sont des *indices*, des témoins utiles à consulter dans les cas de diagnostic obscur, des signes propres à éveiller un soupçon, à mettre sur la piste de syphilis méconnues, ignorées ou dissimulées. A ce point de vue spécial, les adénopathies cervicales *postérieures* sont particulièrement significatives, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, de toutes les adénopathies secondaires ce sont les plus communes et celles qui font le moins souvent défaut ; — et, en second lieu, parce qu'elles occupent un siège où il est assez rare que d'autres affections développent des engorgements ganglionnaires. La scrofule elle-même, celle de toutes les maladies qui affecte le plus fréquemment les glandes cervicales, se porte avec une préférence marquée sur la région *antérieure* du cou, et n'intéresse que d'une façon relativement rare les ganglions de la nuque. Il est exceptionnel en tout cas qu'elle atteigne uniquement ces derniers, comme le fait la syphilis. Sous ce rapport même, il existe entre ces deux diathèses, scrofule et vérole, une opposition singulière qui a été de vieille date signalée par Ricord et dont le diagnostic peut tirer parfois un utile parti.

Certains auteurs, et notamment de Amicis, ont revendiqué, non sans quelque exagération peut-être, une égale importance séméiologique pour l'adénopathie *épitrochléenne*. Dans un intéressant mémoire qu'il a consacré récemment à ce sujet, le savant syphiliographe

que je viens de citer n'hésite pas à considérer cette adénopathie comme « un élément des plus précieux pour le diagnostic de la syphilis, et cela en raison : 1° de sa grande fréquence ; — 2° de son volume souvent assez considérable ; 3° et surtout de sa persistance possible pendant de longues années, auquel cas elle peut constituer le signe unique qui atteste l'infection. » — Ces derniers résultats demandent à être contrôlés par une observation ultérieure.

II. — **Forme confluente. — Glandage secondaire.** — Cette forme diffère essentiellement de la précédente par la multiplicité des glandes affectées et, quelquefois aussi, par leur excès de volume.

Le plus habituellement, on l'a vu par ce qui précède, les adénopathies secondaires sont discrètes. Ainsi, le fait le plus commun est de trouver quelques ganglions à la nuque, quelques autres au niveau des amygdales ou sous la mâchoire, et c'est tout. Mais en certains cas, chez la femme notamment, il n'en est plus ainsi, et l'on voit se produire des adénopathies *multiples*, qui, par leur multiplicité même, s'écartent de la forme usuelle. On constate alors de nombreux ganglions dans chaque rainure du trapèze, sous l'occiput, aux apophyses mastoïdes, dans les régions parotidiennes, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, péri-pharyngées, cervico-latérales, épitrochléennes, etc. Ces ganglions multiples présentent tous les caractères des adénopathies que nous avons décrites précédemment ; ils sont seulement un peu plus volumineux que de coutume. Quelquefois ils sont tellement nombreux qu'ils forment de véritables chapelets qui descendent de l'occiput au milieu du cou, et de la région parotidienne au creux sus-claviculaire. Ce sont là les **chapelets cervicaux** de la vérole.

Parfois même ces engorgements glandulaires se propagent à d'autres régions, telles que l'aine, l'aisselle, etc. On croirait alors avoir affaire à une véritable *adénie* d'origine syphilitique.

C'est à cette forme, où l'on trouve plusieurs régions littéralement farcies de ces engorgements ganglionnaires, que l'on a appliqué le nom de **glandage secondaire**.

Est-il quelque élément pronostique à tirer de cette multiplicité, de cette confluence insolite des adénopathies secondaires ? Oui, dans une certaine mesure. J'ai remarqué — et je n'ai été ni le premier, ni le dernier à faire cette remarque — que le grand nombre, le développement exagéré et la dissémination des glandes sur plusieurs régions coïncident assez fréquemment avec des manifestations syphilitiques plus ou moins sérieuses, notamment avec des troubles intéressant la vie splanchnique. J'ai vu plusieurs fois le glandage secondaire s'accompagner d'une *anémie* marquée, avec pâleur, décoloration chlorotique des téguments, faiblesse générale, alanguissement des fonctions nutritives, palpitations, essoufflement, désordres nerveux, etc. — Il serait même curieux de savoir si le nombre des globules blancs du

sang n'est pas augmenté dans les cas de ce genre, de façon à constituer une *leucémie* passagère ou même plus ou moins durable. Cette recherche reste à faire.

Toutefois, il n'est pas de loi générale à poser ici, c'est-à-dire il n'est pas de rapport constant à établir entre la gravité d'une syphilis et la qualité de ses adénopathies secondaires. Car les cas les plus contradictoires ne laissent pas de se présenter à l'observation. Ainsi l'on voit des syphilis malignes ne comporter que des adénopathies ou moyennes ou médiocres, comme aussi des syphilis d'intensité tout au plus moyenne coïncider avec des adénopathies plus ou moins importantes. Et, réciproquement, on observe de grosses adénopathies avec des syphilis malignes, comme aussi (ce qui est absolument commun) des adénopathies faibles, réduites à leur expression minima, avec des syphilis tout à fait légères.

Ces derniers temps, M. Augagneur a exprimé l'opinion que l'intensité des adénopathies secondaires constitue un signe plutôt favorable, et cela parce qu'elle témoigne d'une activité phagocytaire qui s'opposerait au déversement des produits infectieux dans l'organisme. « Si les ganglions, a-t-il dit, fonctionnent avec énergie, le phagocyte modifie l'agent infectieux et ne le laisse parvenir dans la circulation générale qu'après une lutte qui a certainement modifié ses propriétés toxiques. L'adénopathie intense est donc un phénomène favorable, en ce qu'elle indique plutôt la puissance défensive de l'organisme que l'énergie offensive du virus. » — De même, dans une communication toute récente à la Société de dermatologie, à propos d'un jeune homme affecté d'une syphilis maligne sans réaction ganglionnaire, M. le Pr Landouzy a insisté sur « le rôle défensif, atténuateur, que paraissent exercer les ganglions vis-à-vis de l'infection syphilitique ».

Cette doctrine, il est vrai, a été presque aussitôt attaquée par M. de Amicis, qui lui a opposé une double série d'observations, les unes relatives à des syphilis graves avec adénopathies secondaires multiples et volumineuses, les autres relatives à des syphilis légères avec adénopathies secondaires médiocres ou même nulles. — De même aussi, M. le Pr Gémy a introduit dans la discussion une remarque intéressante d'après laquelle, « chez les indigènes algériens, dont la syphilis est toujours grave, les ganglions sont presque toujours très volumineux ».

On est donc bien loin d'être fixé sur la question de savoir si les adénopathies jouent un rôle de protection dans la défense de l'organisme contre la syphilis. En tout cas, à le supposer même authentique, ce rôle doit être assez modeste, étant donné que les syphilis graves à grosses adénopathies ne laissent pas de s'offrir à l'observation d'une façon commune. A coup sûr ce sont d'autres raisons que la qualité des adénopathies qui constituent la gravité de la maladie. Ces raisons, je n'ai pas à les rechercher ni à les signaler pour l'ins-

tant; elles trouveront place dans un autre chapitre de cet ouvrage.

III. — **Forme strumeuse. — Écrouelles secondaires.** — Il n'est pas rare que les adénopathies secondaires, modifiées par la qualité du terrain sur lequel elles se développent, dégénèrent en adénopathies strumeuses.

A leur début, les adénopathies de cet ordre ne diffèrent en rien des espèces précédentes. Mais bientôt, au lieu de se borner aux proportions relativement minimes ou moyennes que ne dépassent guère les adénopathies de provenance purement syphilitique, elles continuent à s'accroître et deviennent anormalement volumineuses, jusqu'à affecter les dimensions d'une noix, d'un marron, voire, mais cela est plus rare, d'un œuf de poule. De plus, elles s'agminent parfois plusieurs ensemble (comme à l'aine, par exemple), et aboutissent à constituer de la sorte de grosses masses irrégulières, marronnées. Elles rappellent alors complètement d'aspect les engorgements glandulaires de la scrofule; et, de fait, ce sont bien là, suivant toute vraisemblance, des lésions *mixtes*, *hybrides*, où syphilis et scrofule peuvent l'une et l'autre revendiquer leur part. Aussi, de vieille date, les a-t-on qualifiées de dénominations diverses, toutes en harmonie avec cette croyance : adénopathies *strumoïdes* de la syphilis, adénopathies *syphilo-strumeuses*, *syphilo-scrofule ganglionnaire*, etc. Ricord en faisait un type de son fameux « scrofulate de vérole ».

Arrivées au degré de développement que je viens de dire, ces adénopathies sont susceptibles de deux modes de terminaison : ou bien elles se résolvent, mais lentement, péniblement, et après être restées stationnaires, torpides, pendant des mois, si ce n'est plus; — ou bien elles finissent, mais toujours avec la même lenteur, par s'enflammer. Dans ce dernier cas, elles deviennent sensibles, légèrement douloureuses, *s'empâtent*, suivant le terme consacré, et s'immobilisent, en se massant par adhérences tant avec le tissu cellulaire profond qu'avec les téguments, lesquels rougissent à leur niveau. A ce degré, il est encore possible quelquefois, grâce à un traitement résolutif, d'enrayer les progrès de ce bubon *strumo-phlegmasique* et du *phlegmon périganglionnaire* qui le complique habituellement. Le plus souvent, toutefois, on ne réussit pas à empêcher la formation du pus. Un abcès, donc, se constitue. Évacué, il s'affaisse, mais ne se ferme que rarement d'une façon définitive. Bien plus souvent il reste fistuleux, en fournissant pour un temps fort long une petite quantité d'un pus mal lié, grumeleux, qui est celui des suppurations tuberculeuses et qui, d'ailleurs, inoculé à des animaux, a pu quelquefois reproduire sur eux la tuberculose. — D'autres abcès se produisent assez souvent au voisinage du premier, suivent la même marche, restent également fistuleux, etc.; et l'on assiste de la sorte à tout le tableau des bubons strumeux que je n'ai pas à décrire ici.

C'est à ces suppurations ganglionnaires, dérivées à la fois et de la

syphilis et de la tuberculose, qu'on a pu sans exagération donner le nom significatif d'**écrouelles secondaires**.

Chose singulière, ces adénopathies syphilo-strumeuses ne se rencontrent pas indifféremment sur toutes les régions du corps. Certains ganglions se montrent quasi-réfractaires à cette invasion mixte de la syphilis et de la scrofulose. Tels sont, par exemple, les ganglions cervicaux postérieurs, mastoïdiens, épitrochléens, où il est plus que rare, c'est-à-dire exceptionnel, de constater cette forme strumeuse. Et, inversement, il en est d'autres, comme les ganglions cervicaux antérieurs, sous maxillaires, inguinaux, iliaques externes, etc., où cette dégénérescence strumeuse s'observe avec une réelle fréquence. La syphilo-scrofule, on le voit, a donc bien positivement ses sièges de prédilection ; ou, disons mieux peut-être, ce sont les ganglions « aimés de la scrofule », les ganglions usuels de la scrofule qui se prêtent le plus volontiers à cette association des deux diathèses, et cela pour des raisons qui restent à déterminer.

Il est hors de doute, de par l'observation, que les adénopathies secondaires syphilo-strumeuses sont favorisées dans leur développement par les prédispositions héréditaires ou individuelles, par le tempérament lymphatique ou scrofuleux, au total donc par le terrain sur lequel germe la syphilis. Mais ce qui n'est pas moins certain, ce que démontre également la clinique, c'est que parfois cette forme d'adénopathies se montre contre toute attente sur des sujets exempts (en apparence du moins) de toute tare strumeuse et restés indemnes jusqu'alors de toute manifestation tuberculeuse. J'affirme, pour ma part, l'avoir souvent rencontrée en de telles conditions. Il semblerait donc de la sorte que la syphilis peut servir d'incitation, de prétexte à une première éclosion tuberculeuse. Ce fait, au surplus, n'est pas isolé, et nous verrons plus tard que plus d'une fois la tuberculose pulmonaire est venue se greffer sur des lésions originairement syphilitiques du poumon.

Lorsqu'il nous est donné d'assister *ab ovo ad finem* au développement de lésions mixtes de ce genre, il n'y a pas danger pour nous d'en méconnaître le double caractère. Car alors nous les voyons en pleine évidence naître originairement de la syphilis, puis subir ultérieurement la dégénérescence strumeuse. Rien de plus simple. Mais il en est tout autrement si le médecin n'assiste qu'à la dernière partie de cette évolution morbide ou s'il n'est pas renseigné sur les antécédents spécifiques du malade. Dans ce cas, le caractère *mixte* de la lésion court grand risque de passer inaperçu, et l'on croit alors avoir affaire simplement à un bubon strumeux, sans tenir compte des relations originelles de ce bubon avec la syphilis. C'est pour cette raison, sans nul doute, que les adénopathies secondaires de forme strumeuse passent généralement pour beaucoup plus rares qu'elles ne le sont en réalité.

Quant au traitement de cette forme spéciale, il va sans dire qu'il doit être mixte, c'est-à-dire constitué par la médication antistrumeuse combinée à la médication antisyphilitique.

Adénopathie rétro-pharyngée. — Une courte mention est due à cette localisation encore peu connue des adénopathies secondaires. Celle-ci se fait dans l'un ou l'autre et quelquefois dans l'un et l'autre des deux petits ganglions prévertébraux qui sont situés symétriquement en arrière du pharynx, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'apophyse basilaire et au niveau de la deuxième ou de la troisième vertèbre cervicale.

Mon attention a été plusieurs fois appelée sur cette adénopathie par la constatation d'une saillie latérale à la paroi postérieure du pharynx, saillie sous-muqueuse, due à une petite tumeur rétro-pharyngée, laquelle n'était rationnellement imputable qu'à un ganglion.

Cette adénopathie pourrait-elle, pour une raison quelconque, servir d'origine à une suppuration rétro-pharyngée, ainsi qu'en a exprimé l'idée mon éminent et regretté maître le Pr Verneuil? Un certain nombre de faits (la plupart réunis dans la thèse inaugurale du Dr Darbouet, 1885) sembleraient donner créance à cette opinion.

II. — LYMPHANGITES SECONDAIRES. — Tandis que les adénopathies constituent une manifestation non pas seulement commune, mais quasi-constante de la période secondaire, les lymphangites (j'entends les lymphangites dûment spécifiques et dérivant d'une influence directe de la syphilis) n'y figurent que d'une façon rare, presque exceptionnelle relativement. On les y rencontre cependant en quelques cas et sous des formes diverses que je vais avoir à décrire.

Ces lymphangites sont généralement assez précoces dans l'étape secondaire; elles peuvent cependant se produire à toute échéance.

Elles affectent des localisations variées. On les a rencontrées surtout au niveau des membres (soit supérieurs, soit inférieurs), bien plus rarement à la région cervicale, à la région sous-maxillaire, etc. — Elles sont notablement fréquentes sur les organes génitaux. — Disons de suite que, sur ces derniers organes, elles présentent une réelle importance au point de vue diagnostique, tandis que partout ailleurs il ne s'y rattache guère qu'un intérêt de curiosité.

I. — Au niveau des membres, elles se traduisent simplement par ceci: de *longs cordons durs et aphlegmasiques.*

Ces cordons ne sont autres que les vaisseaux lymphatiques infiltrés sur une certaine étendue de leur trajet (par exemple, sur une longueur de 10, 15 à 20 centimètres) et devenus appréciables grâce à la dureté que leur communique cette infiltration. On les sent faci-

lement et nettement sous le doigt, à travers la peau. Ils donnent au palper la sensation de cordes de violon ou de « ficelles tendues », avec un volume comparable à celui d'une aiguille à tricoter ou d'une plume de corbeau. — Quelquefois ils présentent un ou plusieurs petits renflements en forme de pépin ou de minuscule olive.

Ils sont complètement aphlegmasiques, à savoir : indolores spontanément, indolores au toucher, mobiles sous la peau, mobiles sur les parties sous-jacentes. Extérieurement ils ne se traduisent par aucune rougeur tégumentaire, de sorte que l'affection consiste bien moins en une lymphangite qu'en une lymphopathie plastique par infiltration.

Le plus souvent ils ne donnent lieu à aucun symptôme, et le malade (ou quelquefois même le médecin) s'en aperçoit par hasard. Parfois cependant ils déterminent une certaine gêne locale et un léger degré d'empâtement des tissus périphériques.

En général on ne perçoit au toucher qu'un seul vaisseau infiltré de la sorte. Il est possible toutefois qu'on en constate deux (ou même trois, a-t-on dit), plus ou moins rapprochés et suivant un trajet parallèle. — En tout cas, ce qui est plus curieux, c'est que ce vaisseau ou ces vaisseaux ne sont jamais infiltrés que sur un *segment* de leur trajet. On les sent très nettement sous le doigt dans une certaine étendue, puis tout à coup et sans transition on ne les sent plus ; ils semblent se dérober subitement, en constituant de la sorte de véritables *lymphangites segmentaires*.

Coïncidemment, on peut constater un certain développement des ganglions qui servent d'aboutissants à ces lymphatiques infiltrés ; mais cela n'a rien de constant. Tout au contraire, on remarque assez souvent un état d'immunité absolue desdits ganglions.

Comme localisations, deux cas possibles :

Ou bien il n'existe qu'*un seul foyer* de lymphangite, par exemple à l'avant-bras, au bras, à la cuisse, sur un segment de tel ou tel membre. Ainsi, l'un de mes malades a présenté, peu après une roséole, une lymphangite secondaire qui siégeait à la région inférieure de la cuisse, depuis la rotule jusqu'à mi-hauteur du membre. (Soit dit incidemment, cette lymphangite toute spontanée et survenue sans la moindre provocation locale avait été, par exception rare, quelque peu douloureuse à son début.)

Ou bien, il existe *plusieurs foyers* de lymphangite d'une façon contemporaine, à savoir : sur les avant-bras, sur les cuisses, sur les avant-bras et à la région sous-maxillaire. Une malade, citée par le Dr P. Sallé (1), présentait de la sorte trois foyers lymphangitiques, un à chaque avant-bras et un troisième au niveau de la région

(1) *Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis*, Thèse de Paris, 1884.

sous-maxillaire gauche, où l'on sentait « plusieurs cordons lymphatiques indurés ».

Évolution. — Cette lymphangite secondaire, soit localisée, soit disséminée, est d'ordre résolutif ; mais elle n'est qu'assez lentement résolutive. — Elle persiste au moins plusieurs semaines et parfois plusieurs mois. — Elle est accessible à l'influence du traitement spécifique qui la modifie assez rapidement.

Traitement local superflu. — Bains généraux ; repos de l'organe.

II. — *Lymphangite secondaire génitale.* — Peu commune, sans être rare, chez l'homme. — Tout à fait rare (peut-être parce qu'elle est le plus souvent méconnue) chez la femme.

Chez l'homme, elle a un véritable siège de prédilection, à savoir : la rainure glando-préputiale. — Elle s'observe encore quelquefois sur le prépuce ou la couronne du gland.

Au niveau de la rainure glando-préputiale, elle se présente sous deux formes : la forme *nodulaire*, et la forme *en coulée*.

1° Sous la forme nodulaire, elle constitue des nodosités ou plutôt une nodosité (car il est rare qu'il en existe plusieurs), qu'à tous égards on ne saurait mieux comparer qu'à l'induration posthume du chancre. Cette nodosité, en effet, rappelle exactement l'induration chancreuse, et cela à plusieurs titres, à savoir : par son volume, qui est celui d'un noyau de cerise, d'une groseille, d'une amande, d'un haricot ; — par sa forme, soit globuleuse ou semi-globuleuse, soit légèrement aplatie en amande ; — par sa consistance absolument ferme et d'une dureté sèche, chondroïde ; — et par sa durée, qui n'est guère inférieure à plusieurs mois.

2° La forme dite *en coulée* ne diffère guère de la précédente que par son étendue et sa configuration. Au lieu de se présenter ramassée en boule, en noyau, l'infiltration plastique qui la constitue s'étale sur la rainure à la façon d'une coulée liquide qui aurait suivi la rigole supérieure du gland. Elle forme là un véritable croissant d'induration, qui peut affecter jusqu'à 2, 3 et 4 centimètres de longueur, voire davantage. Ainsi, sur un de mes clients, les deux tiers de la rainure étaient occupés par une induration circinée de ce genre.

Dans ce cas encore, cette infiltration plastique est non pas analogue, mais absolument identique comme caractères à l'induration qui survit à certains chancres étendus de la rainure.

Sur la couronne du gland, la lymphangite secondaire est quelque peu différente comme physionomie. Elle affecte là une forme discoïde, en constituant de petits placards durs, circulaires, de l'étendue d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Au prépuce, elle se présente sous une forme que dépeint très exactement le terme de lymphangite *en ficelle à nœuds*. C'est-à-dire

qu'elle consiste à la fois en ceci : d'une part, de petits cordons durs, tout à fait comparables à des ficelles, du calibre d'une aiguille à tricoter, et d'une longueur de 2, 3, 4 centimètres ; — d'autre part, de petits renflements globuleux, gros comme un pois, simulant des nœuds sur une ficelle.

Il n'est pas rare de rencontrer dans l'épaisseur du prépuce plusieurs de ces petits cordons moniliformes, auxquels font suite parfois des lymphangites semblables du fourreau.

Lésion sans symptômes et sans réaction le plus souvent ; — mais lésion susceptible de se compliquer sous des influences d'excitation (coït, malpropreté, plaques muqueuses sous-préputiales, etc.). Et alors, plusieurs épiphénomènes possibles : tuméfaction œdémateuse du prépuce ; — ou bien tuméfaction mollasse de l'organe, sans œdème véritable, sans tension, sans inflammation, et tuméfaction tout à fait remarquable par sa longue durée et par sa résistance à tout traitement ; — plus rarement, rigidité préputiale, déterminant le phimosis, scléreuse d'apparence et en réalité, chronique ou tout au moins longuement persistante, et constituant ce qu'on appelle le *prépuce en cuirasse*.

Pseudo-chancre lymphangitique. — La règle est que ces lymphangites génitales évoluent et se résorbent sans incidents, notamment sans incidents tégumentaires à leur niveau.

Mais quelquefois, alors surtout qu'elles sont sous-muqueuses, il arrive (et cela sous des influences encore indéterminées) que leur surface tégumentaire s'enflamme, rougisse, s'écaille, s'exfolie et, par chute de leur épithélium, devienne *érosive*. Dans ces conditions se trouve constituée une lésion qui, très simple en réalité, n'en est pas moins des plus insidieuses comme apparences en ce qu'elle ressemble tout à fait à un chancre syphilitique. Pour cette raison, je l'ai qualifiée du nom de *pseudo-chancre lymphangitique*.

Que voit-on en effet ? Ceci : D'une part, une érosion superficielle, circonscrite, bien délimitée, sans bords, lisse de fond, rouge, etc., c'est-à-dire, au total, une érosion rappelant tous les caractères objectifs du chancre ; — et, d'autre part, une érosion doublée par un noyau dur, globuleux ou discoïde, rappelant, lui aussi, très exactement les caractères de l'induration chancreuse.

De par cet ensemble de caractères, comment une telle lésion n'éveillerait-elle pas le soupçon d'un chancre ? Aussi bien les malades, en pareil cas, ne manquent-ils pas de qualifier de « chancre » ce nouvel accident. « Docteur, nous disent-ils, *mon chancre m'est revenu* ; en tout cas, si ce n'est pas lui qui est revenu, je n'en ai pas moins un nouveau chancre tout semblable au premier. » Et combien de fois cette erreur des malades n'a-t-elle pas été partagée par certains médecins ! Nombreux, très nombreux, à coup sûr, sont les cas où ce pseudo-chancre d'origine lymphangitique a été pris

pour ce qu'il n'était pas, c'est-à-dire qualifié indûment des noms de « second chancre induré, chancre induré de récidive », et produit alors comme témoignage de la possibilité d'une réinfection syphilitique, comme exemple de « vérole doublée, voire triplée », etc.

J'insisterais sur ce dernier point s'il ne constituait ici une digression. Je m'en abstiens donc, et, réservant la discussion qu'il comporte pour un autre chapitre de cet ouvrage, je me bornerai à spécifier ici la conclusion qui dérive de ce qui précède, à savoir : que *des lésions de lymphangite secondaire, venant, pour une raison quelconque, à s'éroder en surface, peuvent constituer un véritable Sosie du chancre syphilitique.*

AFFECTIONS SECONDAIRES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR.

La syphilis secondaire affecte fréquemment le système locomoteur.

Communes dans les deux sexes, mais plus communes assurément dans le sexe féminin, les déterminations morbides que l'infection éveille sur ce système consistent surtout en des phénomènes douloureux, en des *douleurs*. Et, en effet, jusqu'à une époque peu éloignée de nous elles n'ont été désignées que sous ce nom : *douleurs syphilitiques*, *douleurs secondaires*, etc. Or, il est arrivé pour cette dénomination générique et vague, ne traduisant qu'un symptôme, ce qui est advenu à la plupart des dénominations de symptômes appliquées à des états morbides, ce qui est advenu, par exemple, aux vieux mots de diarrhée, de dyspnée, d'asthme, de colique, etc. Tant que le symptôme seul a été connu, sans que l'on sût à quoi le rapporter, force a bien été d'en conserver le nom ; mais, du jour où l'on a pu le rattacher à la lésion d'un organe, bien vite on a délaissé le nom du symptôme pour lui substituer celui d'un état morbide, d'une localisation anatomique, d'une affection individualisée. De même ici. Tant qu'on n'a pas su ce qu'étaient les douleurs syphilitiques, on les a simplement appelées douleurs ; mais, lorsqu'on a été autorisé à les rattacher à la lésion d'un os, d'un muscle, d'une articulation, du périoste, aussitôt on en a fait des ostéites, des périostites, des arthralgies, des myosalgies, etc.

Aussi, nosologiquement, n'est-il plus guère question aujourd'hui des « douleurs syphilitiques », alors que dans l'ancien temps des traités complets ou tout au moins des chapitres spéciaux leur étaient consacrés (1). Ce changement de nomenclature n'est que l'expression d'un progrès clinique, comme on va le voir.

(1) A citer comme exemple le curieux et original traité de G. Torella, *De dolore in pudendagrâ Dialogus.*

L'étude des déterminations morbides de la syphilis secondaire sur le système locomoteur comprend les symptômes qui se produisent sur les *os* ; — sur les *tissus fibreux*, notamment les tendons ; — sur les *articulations* ; — et sur les *muscles*.

I. — SYSTÈME OSSEUX.

Les affections secondaires du système osseux n'ont été déterminées et classées que de nos jours. C'est qu'en effet longtemps on les a récusées en raison du vieux préjugé d'après lequel on considérait comme impossible qu'une syphilis *jeune* s'attaquât à des organes *profonds* comme les os.

Depuis qu'on a rompu avec cette croyance, on les a reconnues pour ce qu'elles sont, à savoir pour des expressions communes, courantes, de syphilis secondaire.

Échéances d'apparition. — Elles peuvent se produire à tout stade de la syphilis secondaire. Mais elles sont plus particulièrement fréquentes dans les étapes *jeunes* de cette période, c'est-à-dire à l'époque des premières poussées secondaires, voire de la toute première. De la sorte on les rencontre communément en coïncidence avec les syphilides qui inaugurent l'explosion des accidents généraux, telles que la roséole et la syphilide érythémato-papuleuse.

Il y a plus, mais ceci, à la vérité, ne constitue qu'une exception curieuse. Les déterminations osseuses se sont quelquefois produites en avance de quelques jours sur toutes les autres manifestations secondaires, comme *première* manifestation d'accidents généraux. Exemple :

Une jeune femme est admise dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, pour un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, datant de trois semaines environ. — Quatre semaines plus tard, elle est prise d'un malaise général, avec lassitude, courbature, brisement, légers accès fébriles vespérins, et divers autres symptômes, au nombre desquels figurent des douleurs localisées vers les articulations et vers quelques points spéciaux, tels que le crâne et les tibias. — Au niveau de chaque tibia on distingue deux foyers douloureux très circonscrits, extrêmement sensibles à la pression et faisant une très légère saillie. — Au niveau d'une bosse frontale apparaît une légère bosselure, du diamètre d'une pièce d'un franc, douloureuse spontanément et surtout extraordinairement douloureuse au toucher. — Puis, trois jours après, début d'une éruption érythémateuse, bientôt reconnue pour une roséole spécifique.

Dans ce cas, donc, des manifestations osseuses du genre de celles qui vont nous occuper ont préludé de quelques jours à l'invasion de la première syphilide.

Étiologie. — On ne sait presque rien des causes qui dirigent d'une façon précoce l'action de la syphilis sur le système osseux.

Théoriquement, on a invoqué comme telles : le tempérament scrofuleux ; — la disposition rhumatismale ou goutteuse ; — l'action de l'humidité ou du froid ; — le traumatisme ; — la misère, etc. — Rien de tout cela n'est sûrement confirmé par l'observation.

Ce que j'ai cru remarquer pour ma part, c'est que ces manifestations osseuses précoces se produisent surtout dans les trois conditions suivantes :

1° Chez les sujets jeunes et lymphatiques. Rien d'étonnant, donc, qu'à ce titre elles s'observent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

2° Dans les syphilis qui affectent d'emblée l'état général, qui d'emblée s'en prennent à la santé, en créant tout un ensemble de troubles infectieux vers les différents systèmes (syphilis asthéniques, nerveuses, fébriles, viscérales, dénutritives, etc.). Et, en effet, c'est non pas exclusivement, mais le plus souvent au milieu d'un cortège complexe de déterminations morbides que se montrent ces ostéopathies précoces.

3° Dans les syphilis malignes. Il est très habituel que des lésions osseuses précoces figurent au nombre des manifestations de cette redoutable forme de la maladie. En ce moment même je traite en ville, avec mon distingué confrère le Dr Blache, un malade qui, quatre mois après un chancre phagédénique du gland, est affecté d'une exostose tibiale en même temps que d'ulcérations phagédéniques de la peau et de la gorge.

Localisations. — Ces ostéopathies précoces ont des localisations préférées, au nombre desquelles il faut citer : en première ligne, le crâne ; — en seconde ligne, le tibia ; — en troisième ligne, les côtes et le sternum.

Voici, à ce propos, ce que m'a fourni comme résultats statistiques un relevé de 56 cas observés en ville :

Ostéopathies secondaires. — Statistique de localisation.

Le crâne	20 cas.
Le tibia ou les tibias	16 —
Les côtes	6 —
Le sternum	5 —
Le cubitus	4 —
L'humérus	1 —
Le radius	1 —
Le péroné	1 —
La clavicule	1 —
Le maxillaire inférieur	1 —
Total	56 cas.

Formes morbides. — Toutes les manifestations osseuses de la période secondaire étaient autrefois confondues sous la rubrique

commune de *douleurs ostéocopes*. Or, une observation plus rigoureuse a montré que ces manifestations, loin de consister toutes en des phénomènes identiques, se présentent au contraire sous des formes diverses qui demandent à être nosologiquement distinguées. Ainsi, avec les progrès de l'analyse clinique, on a vu :

1° Que, tantôt, les douleurs osseuses se rattachent à un ensemble de phénomènes constituant une phlegmasie superficielle de l'os ou mieux du périoste ; — et l'on a désigné ce premier ordre de lésions sous le nom de *périostite* ;

2° Que, tantôt, ces douleurs ne sont que l'expression d'une lésion plus complexe ou plus avancée, aboutissant à constituer sur la surface de l'os une tuméfaction dure, solide, vraisemblablement ossiforme ; — et l'on a donné à cet autre ensemble de phénomènes le nom de *périostose* ;

3° Que, tantôt enfin, les os deviennent le siège d'une sensibilité morbide très accusée sans qu'aucune tumeur, sans qu'aucun phénomène inflammatoire se développe à leur surface. La douleur, dans ce cas, est le seul symptôme constatable cliniquement. — A ce dernier ordre de cas reste appliquée, faute de mieux, la dénomination vague d'*ostéalgie*, dénomination que nous sommes bien forcés de conserver actuellement, puisque l'essence de cette douleur osseuse nous échappe, mais que nous nous hâterons d'abandonner ou de modifier le jour où nous serons édifiés sur le siège ou la nature de la lésion.

Périostite, *périostose*, *ostéalgie*, tels sont donc les trois modes suivant lesquels la syphilis exerce son action sur le système osseux (sans parler même de l'exostose vraie qui peut être précoce et prendre place dans la période secondaire, mais que nous nous réservons d'étudier dans une autre partie de cet ouvrage). — Voyons comment ils se caractérisent cliniquement.

I. — **Périostite**. — La périostitesecondaire est assez commune, et bien plus commune, certes, chez la femme que chez l'homme.

Elle s'accuse de la façon suivante :

Douleur fixe et limitée en un point superficiel de l'os, sourde ou peu intense dans le repos, exagérée par le mouvement, mais devenant suraiguë et intolérable par la pression ; — en ce point, soulèvement léger, en forme de bosselure étalée, plate comme une amande ; — empâtement ou tension inflammatoire à ce niveau ; — et, en certains cas seulement, sensation assez obscure de fluctuation circonscrite, comme si quelques gouttelettes d'exsudat liquide étaient interposées entre l'os et la membrane périostique.

Les périostites secondaires, détail assez remarquable, sont presque toujours *très circonscrites*. Elles n'affectent guère, en général, que l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc. Rarement elles

sont plus considérables, et souvent au contraire elles se restreignent à des proportions moindres. *Il faut donc les chercher pour les trouver* ; car bien souvent elles sont ignorées en tant que lésions par les malades, qui se plaignent simplement « d'une douleur » sans rien accuser d'autre, et bien souvent aussi elles échappent au médecin s'il ne prend soin de soumettre à une investigation attentive la région où réside cette douleur.

D'où cette règle de pratique : Alors qu'un syphilitique accuse une douleur en un point quelconque, ne point se satisfaire de cette déclaration, mais la contrôler des yeux et des doigts. Explorer, et explorer avec soin la région indiquée. Fort souvent, en effet, un palper attentif révélera sur la surface d'un os un point très circonscrit et imperceptiblement surélevé, au niveau duquel la moindre pression, le moindre attouchement déterminera une douleur vive, douleur assez aiguë quelquefois pour arracher un cri d'angoisse. Ce sera une périostite qui se dévoilera de la sorte, une périostite qui, sans un tel examen, aurait eu toutes chances pour rester méconnue ou pour être vaguement confondue avec une névralgie, une myosalgie, un rhumatisme, une douleur quelconque.

Exemple : Il est absolument fréquent que des malades syphilitiques viennent se plaindre à leur médecin de « *douleurs dans les jambes* », douleurs qu'ils rapportent soit à un rhumatisme, soit à telle ou telle autre cause imaginaire. Promenez le doigt sur la face sous-cutanée et la crête du tibia, et tout à coup le malade jettera un cri alors que vous arriverez sur une toute petite saillie de l'os, saillie inappréciable à l'œil, mais perceptible au toucher. Qu'est-ce que cela ? Une *périostite tibiale*.

II. — **Périostoses.** — Moins communes que les périostites, sans être rares cependant, et beaucoup plus facilement appréciables.

Trois phénomènes les caractérisent : 1° une *saillie* à la surface de l'os ; — 2° une *douleur* vive au niveau de cette saillie ; — 3° une *dureté véritablement osseuse* de la tumeur qu'elles constituent.

La *saillie* se traduit au toucher, et souvent à la vue. C'est un soulèvement de forme et d'étendue variables, tantôt tubéreux et mamillaire, tantôt et plus souvent étalé, aplati comme une amande, mesurant de 1 à 2 ou 3 millimètres de hauteur, sur une largeur de base d'un à plusieurs centimètres.

Cette saillie est *douloureuse* ; — douloureuse, d'abord, spontanément, soit au repos, soit surtout dans les mouvements ; douloureuse ensuite et surtout à la pression qui provoque elle une intolérable angoisse. — Détail intéressant : les douleurs spontanées que déterminent ces lésions sont notablement augmentées par la chaleur. A cela tiennent peut-être les exacerbations nocturnes qu'elles présentent au lit et qui sont souvent assez vives pour empêcher tout repos.

Enfin, dernier caractère, l'intumescence douloureuse est remarquable par sa *dureté*. Il suffit de la toucher pour acquérir la conviction qu'elle est constituée par une production osseuse ou ossiforme. C'est donc bien sûrement en une périostose que consiste la lésion.

Abandonnée à elle-même, cette périostose reste longtemps douloureuse, plusieurs semaines environ; puis il arrive un moment où les douleurs se calment et la tuméfaction seule persiste. — La petite tumeur qui survit alors est le plus souvent sujette à des retours douloureux multiples, intermittents, que les malades ne manquent guère de considérer comme des « crises de rhumatisme ».

Au contraire, soumise au traitement spécifique, l'affection se résout très rapidement. Les douleurs, d'abord, se calment en quelques jours; puis le relief osseux s'affaisse et disparaît sans laisser de traces.

Localisations. — Les périostoses secondaires se rencontrent en des points très variés. Mais il est certains sièges qu'elles affectent avec une prédilection marquée, à savoir: la face interne du tibia ; — le crâne; — le sternum et les côtes.

Quelques mots sur les particularités qu'elles présentent en ces points.

1° C'est à la face interne ou sur la crête du *tibia* qu'elles sont le plus communes. Elles se produisent là sous deux formes. Tantôt ce sont des périostoses assez larges, assez volumineuses, qui dessinent à la surface de l'os une tumeur aplatie, de plusieurs centimètres de long et de large. Tantôt et plus souvent ce sont de petits mamelons granuleux et pisiformes, qui constituent autant de bosselures disséminées ou groupées. Parfois ces mamelons ne sont même pas appréciables à la vue, et il n'est alors que le toucher qui permette d'en percevoir le relief en faisant constater un état inégal, « *raboteux* », de la face interne ou de la crête du tibia.

2° Au *crâne*, où elles se manifestent plus rarement, les périostoses occupent surtout la *région frontale*. Elles forment là de petits soulèvements arrondis, de l'étendue d'une pièce d'un franc environ, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres, et tout à fait analogues d'aspect à des *bosses* traumatiques, consécutives à de légères contusions. — Il peut en exister plusieurs. J'en ai vu jusqu'à trois coïncidemment sur le frontal et le pariétal.

3° Les périostoses *sternales* sont quelquefois plus volumineuses. J'en ai fait mouler une qui mesurait 5 centimètres de diamètre comme surface, avec un relief de 4 à 5 millimètres. Elle coïncidait, comme le montre le moulage en question, avec une roséole spécifique, argument péremptoire à l'adresse des auteurs qui récusent ces périostoses en tant qu'accidents de la période secondaire.

4° Sur les côtes, les périostoses secondaires se présentent sous forme de petites nodosités, de légères bosselures, dont le doigt

apprécie facilement le relief et la dureté. Elles déterminent toujours des douleurs assez vives, que l'on confond souvent avec des points de névralgie intercostale ou de pleurodynie; car, inappréciables pour les malades, ces tubérosités costales ne se révèlent au médecin que s'il a le soin de pratiquer un examen local des plus minutieux, en promenant les doigts sur chacune des côtes. Je ne crains pas de le répéter, ce n'est qu'au prix d'une investigation des plus attentives qu'on arrive à découvrir ces petites, mais intéressantes lésions.

III. — **Ostéalgies.** — Enfin, dans un troisième ordre de cas, la syphilis secondaire détermine vers le squelette des phénomènes douloureux dont il est impossible de définir la raison anatomique.

Ce que l'on constate est ceci : Au niveau d'un os, une *douleur* circonscrite, superficielle, facilement limitable par le palper, qui provoque là dans une certaine étendue de véritables angoisses. Mais, avec cette douleur, *rien*; aucun autre symptôme, nulle tuméfaction, nulle saillie; pas d'empâtement, pas de rougeur; surface de l'os absolument lisse et normale. La douleur, en un mot, est le *seul signe appréciable*; elle seule constitue l'état morbide.

Où réside exactement cette douleur? Impossible de le dire. Dans l'ignorance de son siège précis, force nous est donc de qualifier le symptôme par le symptôme en l'appelant *ostéalgie*.

Or, les ostéalgies secondaires sont très communes, chez la femme notamment.

On les observe sur un grand nombre de points, mais plus spécialement sur les portions du squelette qui se trouvent *à nu* sous la peau, telles que les extrémités des os longs (épicondyle, épitrochlée, apophyse styloïde du radius, tête du cubitus, condyles fémoraux, tubérosités tibiales, malléoles); ou bien encore sur les apophyses de quelques os plats (voûte acromiale, épine de l'omoplate, etc.).

Il est à remarquer aussi que ces ostéalgies se portent de préférence sur les points où abonde le *tissu fibreux*, où s'épanouissent des aponévroses, où s'insèrent des tendons, des ligaments, tels que, par exemple, les extrémités articulaires, les bords de l'omoplate, les apophyses épineuses des vertèbres, etc. De sorte qu'une question se présente : le tissu fibreux n'a-t-il pas une part dans les douleurs que l'on constate en ces points et, d'une façon plus générale encore, dans celles qui se produisent à la surface des os? D'autre part, le périoste n'étant qu'une dépendance, une forme histologique de ce tissu, peut-être ne serait-il pas irrationnel de rapporter également à une affection du système fibreux les périostites dont nous avons parlé précédemment. Ce n'est là, toutefois, qu'une simple hypothèse.

IV. Aux diverses affections qui précèdent se rattachent certaines souffrances, certaines *douleurs* qui sont éminemment communes

à la période secondaire et qui, en raison de leur importance clinique, réclament ici une mention particulière. A ne parler que des plus communes, il en est trois qui comportent un véritable cachet spécifique, à savoir : la céphalée; — la sternalgie; — et la pleurodynie.

I. **Céphalée secondaire.** — L'usage et la routine ont appliqué le terme de céphalée à toute douleur de tête d'origine syphilitique. Qu'un sujet en puissance de syphilis vienne à se plaindre « de la tête », immédiatement et sans plus ample examen on le déclare atteint de céphalée. Et l'on croit avoir tout dit quand on a prononcé ce mot, sans même examiner le crâne, sans même rechercher s'il n'existe pas une raison locale à cette douleur. C'est là de la pathologie facile, mais les choses sont moins simples quand on y regarde de près.

En réalité, il n'y a pas *une* céphalée syphilitique; il y en a tout au contraire plusieurs. Il est, pour le syphilitique, au moins *trois façons d'avoir mal à la tête*. Ainsi, il peut avoir mal à la tête :

1° Par le fait de *névralgies* affectant les rameaux de la cinquième paire ou les nerfs sous-occipitaux;

2° Par le fait de douleurs internes, profondes, probablement encéphaliques (*céphalée* proprement dite) ;

3° Par le fait de douleurs externes ayant leur origine dans le *système osseux* (os et périoste).

Eh bien, cette troisième variété est précisément celle qui se trouve en cause pour l'instant. Elle est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement, et on la reconnaîtra sans peine pour peu qu'on prenne soin de la rechercher. De la rechercher, comment? Le plus simplement du monde, à savoir : en explorant patiemment et minutieusement le crâne, et tout le crâne, région par région, et en ayant soin d'exercer sur chaque point exploré une légère pression. Qu'arrive-t-il ou que peut-il arriver alors? C'est que tout à coup la pression exercée sur un point éveille une vive douleur, et que le malade s'écrie : « Ah! voilà bien ma douleur; vous y êtes; c'est là que je souffre. » Puis, examinant avec plus de soin encore ce foyer douloureux, on y découvre de deux choses l'une : ou bien une légère saillie avec empâtement ou dureté; — ou bien rien du tout, rien autre qu'un point particulièrement sensible au moindre attouchement. Qu'est-ce que cela veut dire? Périostite ou périostose, dans le premier cas; — ostéalgie simple, dans le second.

Au reste, il n'est pas rare que les malades dirigent eux-mêmes le médecin dans la voie de ce diagnostic par la seule façon dont ils accusent leurs douleurs. C'est ainsi, par exemple, que les femmes de nos salles nous racontent parfois, en nous expliquant leurs souffrances, qu'elles ont « la tête comme meurtrie », qu'elles ne peuvent plus « se toucher la tête, tant elle est sensible par endroits », ou bien

« qu'elles n'osent plus se peigner, se démêler, parce que le peigne, en passant sur certains points du cuir chevelu, y excite une douleur insupportable », etc. ; tous propos, toutes façons de dire qui suffisent à appeler immédiatement l'attention du médecin vers une lésion superficielle du crâne.

II. **Sternalgie**. — Bien plus rare que le symptôme précédent, mais ne laissant pas de se rencontrer dans un certain nombre de cas, chez la femme spécialement.

Ce en quoi elle consiste est purement et simplement une sensation douloureuse présternale. Mais il faut être prévenu que les malades la traduisent le plus souvent de façon à donner le change. Le plus souvent, en effet, ils disent « souffrir de la poitrine, voire de l'estomac (!), avoir un poids, une barre sur le thorax, ne plus pouvoir respirer sans douleur, etc. ». Un examen local est donc ici, comme pour la céphalée, absolument *indispensable* au diagnostic. Et cet examen, en l'espèce, sera non moins révélateur, en démontrant ceci : à la surface antérieure du sternum, un ou plusieurs *foyers douloureux* exactement circonscrits, au niveau desquels le simple contact du doigt éveille une douleur vive, alors que les surfaces voisines restent absolument indolentes à la pression.

Suivant les cas, c'est à une périostite, à une périostose, ou (plus souvent) à une ostéalgie simple que répondent ces foyers douloureux. — Ils ont en général l'étendue d'un pain à cacheter ou d'une pièce d'un franc. Parfois cependant on les a vus mesurer 5 à 6 centimètres de largeur. J'ai même eu l'occasion d'observer une femme sur laquelle la presque totalité du sternum était le siège d'une sensibilité extraordinaire au moindre attouchement.

Bien plus rarement, l'appendice xiphoïde devient le siège d'une sensibilité douloureuse à la pression, et cela sans lésion apparente (*xiphalgie*). La douleur est alors rapportée par les malades « au creux de l'estomac, à l'estomac », et peut facilement donner le change pour un point gastralgique.

III. **Pleurodynie** (*point de côté secondaire*). — Manifestation identique de nature aux deux précédentes et relevant comme elles de lésions osseuses. Particulièrement commune chez la femme au moment des poussées secondaires.

Cliniquement, elle consiste en ceci : une douleur plus ou moins vive dans un côté du thorax, latéralement en général ; — douleur gênant la respiration, s'exaspérant par les mouvements du thorax, devenant suraiguë dans la toux, l'éternuement, et donnant alors la sensation « d'un poignard enfoncé dans les chairs ».

Si l'on s'en tient aux déclarations du malade, on prendra cette douleur pour une pleurodynie vulgaire, pour un rhumatisme, pour

une névralgie intercostale, etc. Mais, si l'on vient à explorer méthodiquement le thorax en promenant les doigts sur chaque côte au niveau de la région endolorie, on arrive à dépister (comme tout à l'heure sur le crâne ou le sternum) un foyer très circonscrit de souffrance osseuse. Et, dès que le doigt du médecin touche ce foyer, le malade sursaute aussitôt en s'écriant : « C'est là, vous êtes sur ma douleur, vous la tenez. »

Puis, alors, un examen plus attentif de ce point révèle de deux choses l'une: ou bien l'existence à ce niveau d'un relief, d'une saillie osseuse (périostite ou périostose); — ou bien l'absence de toute lésion appréciable (ostéalgie).

Plus rarement des phénomènes de même ordre se rencontrent au niveau des cartilages costaux (*périchondrite secondaire*).

Somme toute, ce qu'on appelle si indûment la pleurodynie ou le point de côté secondaire n'est rien autre qu'une manifestation douloureuse relevant d'ostéopathies de la cage thoracique, et cela à l'instar de la céphalée cranienne et de la sternalgie, qui ne sont que des *algies* de même origine et de même nature.

Traitement. — Le traitement spécifique est le sédatif par excellence de toutes ces manifestations douloureuses du système osseux. L'opium et les narcotiques vulgaires, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc., n'exercent sur elles presque aucune action ou ne produisent qu'un soulagement éphémère.

En tant que traitement spécifique, ce qui réussit le mieux est très certainement l'association du mercure et de l'iodure. Spécifions seulement que de petites doses d'iodure (2 grammes par jour en moyenne) sont très généralement suffisantes et agissent tout aussi bien que des doses plus élevées.

Si l'affection résiste (ce qui est bien rare), on pourra avoir utilement recours soit à des onctions mercurielles *in situ*, soit à des badigeonnages à la teinture d'iode, soit à de petits vésicatoires volants.

II. — ARTICULATIONS

La syphilis secondaire n'affecte les articulations qu'avec une fréquence très inférieure à celle des accidents osseux dont nous venons de parler.

Elle s'y manifeste sous trois formes, à savoir:

1° Des phénomènes douloureux, non accompagnés de la moindre lésion appréciable (*arthralgie*);

2° Des *hydarthroses*, c'est-à-dire des fluxions hypercriniques dépourvues de tout symptôme d'acuité;

3° Des *arthropathies pseudo-rhumatismales*, de modalité subaiguë, rappelant plus ou moins les fluxions rhumatismales vulgaires.

I. **Arthralgies.** — Forme de beaucoup la plus commune des trois. — Purement subjective, et exclusivement constituée par un symptôme unique, à savoir une douleur articulaire *sine materiâ*.

Ce qu'on observe est ceci : une articulation devenue douloureuse dans les mouvements, et c'est tout. C'est tout, car, si l'on examine, même avec le plus grand soin, cette articulation endolorie, on n'y trouve rien que de normal : pas de tuméfaction, pas de déformation, pas de rougeur tégumentaire, pas d'épanchement, pas de craquements, etc. ; rien que des signes négatifs, en un mot, à part la *douleur*. Encore cette douleur ne s'accuse-t-elle pas toujours de la même façon. Le plus souvent elle coexiste avec une certaine sensibilité de la jointure à la pression ; mais quelquefois aussi cette jointure se montre absolument indolente au palper, et toute l'affection se trouve alors constituée par un simple trouble fonctionnel appréciable seulement pour le patient, inappréciable pour le médecin, nul au repos et ne devenant manifeste que dans les mouvements.

Détail assez curieux, cette douleur articulaire a pour caractère assez fréquent de *s'accroître par le repos* et de *se dissiper par l'exercice*. Ainsi nombre de fois j'ai entendu mes malades de Lourcine me dire ceci : « La nuit, quand je me réveille, ou le matin, quand je me lève, mes membres sont comme perclus, douloureux ; je ne puis sans douleur remuer mes bras ou plier mes genoux pour ramasser mes chaussures. Puis, quand je me suis un peu secouée, forcée, alors cela va mieux. Mes jointures, qui étaient comme *rouillées*, *se dérouillent*, et, quelques heures après, mes membres sont bien plus libres, moins endoloris. Je me crois alors guérie. Mais, la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose, etc. » Il y a vraiment dans ce fait de jointures endolories et rouillées par le repos, puis dérouillées par le mouvement (je conserve à dessein les expressions de nos malades qui sont tout à fait significatives), quelque chose d'assez spécial qui ne laisse pas d'imprimer aux arthralgies secondaires une note, non pas certes pathognomonique et distinctive, mais quelque peu particulière.

Ces arthralgies secondaires se produisent surtout dans les premiers mois de l'infection et coïncidemment avec les grandes poussées éruptives ou nerveuses de cette période.

Elles sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. — Les prédispositions rhumatismales, soit personnelles, soit acquises, y paraissent absolument étrangères.

La plupart des articulations, notamment des grandes articulations, y sont sujettes. Quelques-unes toutefois en sont bien plus fréquemment affectées que d'autres. Citons comme telles :

1° *Les articulations scapulo-humérales.* — Nombre de malades se plaignent de douleurs « dans les épaules », notamment en levant les bras. Exemple : nombre de femmes renoncent à se coiffer le matin,

parce que « c'est un supplice pour elles de faire manœuvrer leurs épaules enraidies ».

2° *Les genoux.* — Localisation encore très commune, rendant difficiles et douloureuses la marche, la station et surtout la flexion complète des membres. Très fréquemment les malades se plaignent de ne plus pouvoir, sans une souffrance réelle, ramasser un objet à terre.

3° Les *coudes*, les *poignets* et les *articulations tibio-tarsiennes*.

Remarque. — Certes, les arthralgies sont communes dans la période secondaire ; mais elles le sont moins que ne le donneraient à supposer les déclarations de nos malades. Nombre de douleurs rapportées par eux aux articulations ne sont pas en réalité de localisation articulaire ; et, quand on prend soin d'en déterminer le siège précis par une analyse minutieuse des symptômes, on les voit se convertir en myosalgies, en périostites, en ténosites, en névralgies, etc. Il importe donc de ne pas se fier aux sensations accusées par les malades et de les contrôler par un examen direct.

Durée. — Traitement. — La durée de ces arthralgies secondaires est éminemment variable, mais variable surtout suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement spécifique.

Abandonnées à elles-mêmes, elles persistent en général assez longtemps, plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avec alternances de rémissions et de recrudescences. C'est ainsi que bien souvent j'ai entendu des femmes syphilitiques, dont la syphilis avait été longtemps méconnue, me raconter que pendant des mois (trois, cinq, six mois) elles n'avaient cessé de souffrir de vives douleurs dans les jointures, et cela « sans qu'on y vît rien ».

En revanche, soumises au traitement antisyphilitique, ces arthralgies s'évanouissent comme par enchantement. Elles s'apaisent souvent illico et disparaissent en quelques jours. Il est même (à part la céphalée) peu de symptômes syphilitiques qui soient aussi rapidement accessibles à l'action du traitement. A ce point que, s'il pouvait rester quelques doutes sur la connexion de ces arthralgies avec la syphilis, ces doutes tomberaient tout aussitôt devant la constatation de tels effets thérapeutiques.

Le traitement mixte est ici d'indication formelle. Il fournit des résultats bien autrement rapides que l'usage exclusif du mercure ou de l'iodure.

II. **Hydarthrose.** — Beaucoup plus rare que l'arthralgie, et cela, d'après mes statistiques, dans la proportion de 4 à 23.

C'est la forme *froide* des arthropathies secondaires à lésions apparentes.

Son symptôme essentiel et souvent son unique symptôme consiste en un épanchement articulaire qui se constitue à froid, c'est-à-dire

sans réaction générale ou locale, sans phénomènes de fluxion articulaire. — Cet épanchement est en général peu abondant, moyen tout au plus, souvent même minime, au point de pouvoir passer inaperçu.

Au début, cette hydarthrose secondaire peut s'accompagner de quelques légères douleurs ou plutôt d'une certaine gêne dans l'articulation ; mais elle devient bientôt indolente et reste telle jusqu'à sa terminaison.

Encore est-il nombre de cas où elle se produit sans la moindre douleur, au point de ne préoccuper en rien les malades ou même de rester absolument *latente*. C'est alors par hasard que le médecin s'en aperçoit. Il m'est arrivé bien des fois à l'hôpital, en examinant des malades au lit à propos de n'importe quel symptôme, de découvrir sur eux des hydarthroses des genoux dont ils ne m'avaient pas parlé, voire dont ils ignoraient l'existence.

Les hydarthroses secondaires ont un véritable siège d'élection, à savoir le *genou*. — Il n'est pas rare qu'elles affectent les deux genoux, soit simultanément, soit successivement.

Que deviennent-elles et que durent-elles alors qu'elles sont abandonnées à leur évolution propre ? Je ne saurais le dire; tout ce que j'en sais c'est que, sûrement, elles peuvent guérir *sponte suâ*, voire en quelques jours, comme j'en ai eu la preuve plusieurs fois.

Traitées, elles se résorbent facilement et toujours d'une façon rapide (cinq, huit à douze jours).

Le traitement mixte, aidé du repos et de la compression ouatée, est ce qui leur convient le mieux. — Rarement il est nécessaire de recourir à des topiques locaux, tels que teinture d'iode, vésicatoires volants, etc.

Quelquefois, enfin, ces hydarthroses reparaissent après guérison, et cela sans provocation, sans cause, c'est-à-dire comme elles s'étaient produites une première fois.

Dépourvues de tout symptôme propre, elles ne se différencient des hydarthroses vulgaires que par les considérations suivantes : absence de toute raison étiologique, d'ordre général ou local; — volume moindre, par le fait d'un épanchement toujours peu intense et souvent même minime; — curation facile sous l'influence du traitement spécifique.

Quant à leur spécificité d'origine, elle ressort bien manifestement et des considérations susdites et des conditions mêmes dans lesquelles se produisent ces déterminations articulaires, et des divers symptômes spécifiques qui leur servent habituellement de cortège.

III. **Arthropathies secondaires pseudo-rhumatismales.** — C'est là, à coup sûr, la forme la plus rare des manifestations de ce groupe, mais non la moins curieuse.

D'un mot je puis la caractériser en disant qu'elle reproduit à peu près exactement ce qu'est une fluxion articulaire subaiguë de rhumatisme simple.

Ce qu'on observe, en effet, est ceci : une jointure devenue rapidement douloureuse, douloureuse spontanément et plus encore au toucher, au simple palper. Cette douleur empêche les mouvements et immobilise le membre affecté, mais elle n'est jamais que modérée, voire légère, très différente donc en cela de celle du rhumatisme aigu et, *à fortiori*, de celle d'une arthrite vraie. — A l'examen, on constate une fluxion, une tuméfaction manifeste de ladite jointure, mais sans notable exagération de volume et sans déformation. — Au palper, léger épanchement intra-articulaire, assez peu abondant parfois pour rester presque douteux. — Téguments péri-articulaires normaux, sauf en certains cas exceptionnels où ils se recouvrent d'une très légère suffusion rosée. — Finalement, apyrexie usuelle, et absence de tout trouble sympathique. — Alors, seulement, que les symptômes locaux revêtent une acuité insolite, il se produit un certain degré de réaction générale, à savoir : fièvre modérée, toujours assez éphémère, malaise, courbature, inappétence, etc.

Localisations. — Cette fluxion rhumatoïde de la syphilis secondaire se limite le plus habituellement à une seule articulation. Elle peut s'étendre cependant à deux ou trois. Mais jamais (du moins dans les observations personnelles que je consulte pour cette description) je ne l'ai vue se disséminer davantage, encore moins se généraliser à la façon du rhumatisme vulgaire.

Comme siège, elle se porte le plus souvent sur le genou ou sur les genoux. Plus rarement on l'observe sur les articulations tibio-tarsiennes, au poignet et au coude. Je ne l'ai pas encore rencontrée sur les petites articulations.

Durée ; terminaisons. — Les arthropathies pseudo-rhumatismales de la syphilis secondaire ne constituent, à l'instar de tous les accidents de cette même période de la maladie, que des manifestations passagères. Même non traitées, elles s'effacent et disparaissent, comme j'en ai acquis la preuve plusieurs fois, mais non sans avoir duré plus ou moins longtemps, c'est-à-dire des semaines ou même plusieurs mois. Au contraire, sous l'influence du traitement spécifique, elles guérissent rapidement. — Il va sans dire qu'une thérapeutique locale appropriée (repos, immobilisation de la jointure, compression ouatée, badigeonnages à la teinture d'iode, vésicatoires volants, etc.), peut en accélérer la disparition.

La résolution complète, intégrale, est de règle à la suite de ces manifestations. — Toutefois, quand elles sont négligées et qu'elles durent un certain temps, elles peuvent laisser à leur suite des lésions d'**arthrite sèche**, sous forme de craquements articulaires, notamment de petits craquements multiples fournissant une crépitation analogue

à celle de l'amidon froissé entre les doigts. — Les genoux sont le siège favori de cet épiphénomène.

Il m'est arrivé bien des fois de rencontrer sur des malades anciennement syphilitiques des craquements articulaires de cet ordre, qui, renseignements pris, m'ont bien semblé n'être que la conséquence d'arthropathies rhumatoïdes ou d'hydarthroses survenues au cours de la période secondaire.

Nature. — Diagnostic. — I. Certes, les diverses manifestations articulaires que je viens de décrire comme symptômes possibles de la syphilis secondaire affectent une ressemblance des plus marquées avec le rhumatisme simple, vulgaire. Et comment en serait-il autrement? Le siège de ces accidents est celui du rhumatisme; leurs symptômes, leurs lésions apparentes, voire leur évolution, ne diffèrent qu'à peine de ce qu'on observe dans le rhumatisme. On pourrait donc croire — et cette opinion a été soutenue plus d'une fois — que ces prétendues arthropathies spécifiques ne sont rien autre en réalité que des phénomènes rhumatismaux développés par hasard sur des sujets syphilitiques. Cela serait une erreur. Bien certainement ces accidents constituent des manifestations d'origine et d'essence spécifiques. Ce qui le démontre, c'est, d'une part, leur production chez des sujets syphilitiques à une époque déterminée de la diathèse, à savoir l'étape secondaire; — c'est, d'autre part, leur coïncidence fréquente avec des arthralgies indubitablement syphilitiques; — c'est, non moins fréquemment, leur coïncidence avec d'autres symptômes spécifiques, tels que syphilides cutanées, syphilides muqueuses, céphalée, iritis, etc.; — c'est leur résolution relativement facile sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium; — c'est leur apparition en dehors des causes habituelles du rhumatisme, chez des sujets non rhumatisants, non rhumatisants ni par eux-mêmes ni par disposition héréditaire; — ce sont, enfin, certains détails de leur symptomatologie propre que va mettre en relief le parallèle suivant, tels que fixité sur les jointures envahies, défaut de tendance à la dissémination, exacerbations nocturnes des douleurs, absence de réaction sur les séreuses cardiaques, etc.

II. La forme rhumatismale des arthropathies spécifiques impose certes un diagnostic différentiel avec le rhumatisme vulgaire.

Or, les difficultés d'un tel diagnostic sont éminemment variables suivant les cas, c'est-à-dire, à ne parler que des cas extrêmes, tantôt nulles ou presque nulles, tantôt au contraire multiples et presque insurmontables.

Et, en effet, si l'on oppose de part et d'autre des cas *francs*, c'est-à-dire si l'on met en parallèle des cas typiques de rhumatisme et d'arthropathies spécifiques, tout aussitôt le diagnostic jaillit d'une série de différences que résume le tableau suivant :

Rhumatisme vulgaire.	Rhumatisme syphilitique.
I. — *Polyarticulaire*, et affectant en général un grand nombre de jointures.	I. — N'affecte guère qu'une ou deux jointures, bien plus rarement trois, très exceptionnellement un plus grand nombre. — *Ne se généralise jamais*, en tout cas, à la façon du rhumatisme vulgaire.
II. — Affecte également grandes et petites articulations.	II. — Se porte exclusivement sur les *grandes articulations* (genoux de préférence) et respecte les petites.
III. — Généralement *mobile*, c'est-à-dire passant d'une articulation à une autre, et de celle-ci à d'autres encore.	III. — Constitué par des manifestations de localisation *fixe*. — Nulle tendance au déplacement, à la mobilité.
IV. — *Réaction fébrile* toujours plus ou moins vive.	IV. — Pas de fièvre en général ; — quelquefois, cependant, fièvre légère, mais (sauf exceptions rares) de courte durée.
V. — Troubles sympathiques multiples, plus ou moins accentués.	V. — Pas ou peu de troubles sympathiques.
VI. — *Sudations* fréquentes, parfois profuses, souvent assez importantes pour constituer par elles seules un symptôme presque significatif.	VI. — Pas de sudations.
VII. — Modification des urines, qui deviennent rares, rouges, chargées d'acide urique et d'urates.	VII. — Pas de modifications notables des urines.
VIII. — Tendance fréquente à retentir sur les séreuses cardiaques.	VIII. — Pas de retentissement cardiaque.
IX. — »	IX. — Parfois exacerbation nocturne des douleurs presque caractéristique.
X. — »	X. — Invasion au cours d'une étape déterminée de l'infection, à savoir : période secondaire. Donc : 1° Antécédents de syphilis récente ; 2° Coïncidence très habituelle de symptômes d'ordre secondaire (syphilides, plaques muqueuses, adénopathies, alopécie, céphalée, fièvre spécifique, iritis).
XI. — Étiologie : prédisposition soit héréditaire, soit acquise, aux accidents rhumatismaux. Quelquefois cause provocatrice actuelle : action de l'humidité ou du froid.	XI. — »
XII. — »	XII. — Critérium thérapeutique : influence rapidement curative du traitement spécifique.

Voilà pour les cas typiques.

Mais, il n'est pas à le nier, un rapprochement n'est pas impossible entre ces deux entités morbides théoriquement si disparates. D'une part, en effet, le rhumatisme vulgaire peut s'atténuer et se modifier comme ensemble symptomatologique, par exemple n'affecter qu'un petit nombre d'articulations, ne s'accompagner que d'une réaction fébrile et de troubles sympathiques très modérés, ne pas retentir sur le cœur, n'offrir aucune tendance à la mobilité, etc., etc. D'autre

part, le rhumatisme syphilitique peut envahir plusieurs articulations, prendre une forme aiguë, déterminer un certain degré de fièvre et de troubles généraux, ou bien encore coexister avec une fièvre spécifique (laquelle, on en conviendra, est bien faite pour donner le change en l'espèce), etc. De sorte qu'il est des cas où une réelle transition semble s'établir de l'un à l'autre de ces types morbides, et qu'un diagnostic différentiel à instituer entre eux devient singulièrement délicat, difficile, voire impossible quelquefois.

Comme exemple, je citerai le cas d'un malade que j'ai sous les yeux actuellement dans mon service de Saint-Louis. Ce malade, au cours d'une syphilis secondaire très féconde en manifestations, a été pris, il y a quelques semaines, d'accidents de rhumatisme subaigu sur les genoux et sur une articulation tibio-tarsienne, avec fièvre modérée, courbature, inappétence, etc. S'agissait-il d'une poussée d'arthropathies spécifiques ou bien d'un rhumatisme intercurrent sur un sujet syphilitique? Pendant une quinzaine, le diagnostic *de nature* de ces manifestations est resté vraiment insoluble, en dépit d'une analyse quotidienne et minutieuse des symptômes. Puis, finalement, l'insuccès du traitement spécifique et l'invasion d'une endocardite légère nous a tous convaincus que nous avions affaire à une simple coïncidence éventuelle de rhumatisme vulgaire sur un sujet syphilitique.

Que de cas de cet ordre n'aurais-je pas à produire, dans lesquels le diagnostic est resté en suspens, et cela même parfois jusqu'après guérison !

C'est dans ces cas douteux qu'un véritable critérium peut être fourni par l'influence curative du traitement spécifique. Comme spécimen, je rappellerai l'histoire d'un de nos collègues, médecin des plus distingués, qui se trompa sur lui-même dans un cas de ce genre et se crut longtemps « *rhumatisant* », alors qu'en réalité il était simplement sous le coup d'arthropathies syphilitiques. Affligé, au cours d'une syphilis secondaire d'ailleurs assez bénigne, de douleurs multiples de l'ordre de celles que nous venons d'étudier, ce confrère se traita pendant trois mois entiers à l'aide de tous les antirhumatismaux vulgaires, tels que sulfate de quinine, bicarbonate de soude, colchique, vératrine, bains de vapeur, douches sulfureuses, etc., etc. Aucun de ces remèdes ne lui procura le moindre soulagement. Du jour, en revanche, où l'erreur fut suspectée, l'administration des antisyphilitiques dissipa comme par enchantement ce prétendu rhumatisme, et le malade fut guéri, absolument guéri, en moins d'une quinzaine. — Qu'un tel fait nous reste en souvenir, pour nous tenir en garde contre les surprises auxquelles expose en pratique ce pseudo-rhumatisme de la vérole !

III. — SYNOVIALES TENDINEUSES

Les affections tendineuses de la syphilis secondaire étaient restées méconnues, lorsque l'attention a été appelée sur elles presque simultanément (septembre et octobre 1868) par M. le Dr Verneuil et par moi. Depuis lors elles ont donné lieu à de nombreux travaux.

Peu fréquentes, elles s'observent surtout chez la femme (bien plus souvent que sur l'homme) et souvent en coïncidence avec d'autres accidents du système locomoteur, tels que périostite, arthralgie, rhumatisme spécifique, etc. — Ce sont en général des manifestations assez précoces de l'étape secondaire.

Elles se présentent sous deux formes bien distinctes. Dans l'une, ce sont des *hydropisies* simples des gaines tendineuses, des hypercrinies synoviales. — Dans l'autre, elles consistent en des *phlegmasies* vraies, plus ou moins aiguës de ces gaines; ce sont alors des *ténosites* ou *synovites tendineuses*.

Spécifions les caractères propres à chacune de ces formes.

I. **Hydropisie simple des synoviales tendineuses.** — Celle-ci se caractérise par l'épanchement d'une certaine quantité de liquide, quantité généralement minime, à l'intérieur de la cavité séreuse où glisse le tendon. A dessein, je l'ai qualifiée du nom d'hydropisie, pour cette raison que l'épanchement séreux qui la constitue se produit sans processus inflammatoire, sans rougeur des téguments, sans douleur ou avec une douleur insignifiante, sans troubles fonctionnels véritables. A ce point de vue, elle se distingue nettement de la ténosite vraie que nous étudierons en second lieu.

Distension d'une gaine tendineuse par un épanchement liquide, tel est à peu près l'unique phénomène qui se présente à constater ici. Cette distension s'accuse extérieurement par une intumescence, une saillie légère, une sorte de *bosselure*, laquelle a nécessairement pour caractère de se produire *sur le trajet d'un tendon*. — La tuméfaction constituée de la sorte suit le tendon dans une certaine étendue; elle reste habituellement bien circonscrite. — Elle est indolente; indolente d'abord spontanément (ce qui fait que les malades ne s'en plaignent pas et qu'elle peut facilement passer inaperçue du médecin); en second lieu, indolente même au palper, à la pression. — Elle ne s'accompagne non plus d'aucune coloration morbide des téguments, et c'est à peine si elle détermine une gêne très légère dans les mouvements dévolus aux tendons. — Enfin, elle est habituellement fluctuante; quelquefois néanmoins elle n'offre qu'une fluctuation obscure, vague, ou malaisément appréciable.

Comme siège, les hydropisies tendineuses de la période secondaire présentent une particularité curieuse. C'est leur prédilection marquée

pour les *tendons extenseurs des doigts*. Presque toujours, neuf fois sur dix, elles se produisent au dos de la main, sur la face postérieure du métacarpe. Elles occupent là les synoviales de l'extenseur commun des doigts ou de l'extenseur propre de l'auriculaire, plus rarement celles du court extenseur et du long abducteur du pouce. — Quelquefois encore je les ai observées sur le dos du pied, affectant les tendons extenseurs des orteils.

Unilatérales le plus habituellement, elles se présentent parfois doubles et symétriques. Tel était le cas, par exemple, d'une de mes malades qui portait à chaque main une hydropisie des gaines tendineuses métacarpiennes.

Ce sont là, par excellence, des lésions bénignes et peu persistantes. Je les ai toujours vues se résoudre d'une façon facile et rapide. Il est même inutile, comme l'expérience m'en a convaincu, de leur opposer une médication spéciale, topique. Le traitement interne leur suffit amplement, et je crois même qu'elles guériraient *sponte suâ*, sans traitement d'aucun genre.

II. **Synovites tendineuses.** — Très différentes comme physionomie, celles-ci se traduisent de la façon suivante :

Sur le trajet d'un tendon, soit dans sa continuité, soit plus souvent en un point voisin de son insertion sur le squelette, tuméfaction légèrement saillante, allongée comme forme, suivant exactement dans une étendue variable le trajet de ce tendon ; — tuméfaction de caractère inflammatoire, douloureuse spontanément, douloureuse surtout au toucher ou dans les mouvements, se dessinant même parfois à la peau par une rougeur rubanée ; — tuméfaction rarement fluctuante et ne fournissant guère en général que la sensation d'un empâtement phlegmoneux ; — troubles fonctionnels plus ou moins accusés, en relation avec les usages des muscles ; mouvements volontaires toujours empêchés à des degrés divers, difficiles ou douloureux ; mouvements imprimés éveillant une vive souffrance au siège de la lésion ; — et enfin, comme dernier signe (mais celui-ci rare, exceptionnel même), sensation de « neige pilée ou d'amidon froissé entre les doigts », alors qu'on provoque le glissement du tendon dans sa gaine dépolie.

Ces divers symptômes sont ceux de toute ténosite, et ils ne diffèrent pas dans la syphilis de ce qu'ils sont dans toute autre maladie, notamment dans le rhumatisme blennorrhagique. Insistons même ici pour signaler au passage la très curieuse identité de symptômes objectifs qu'affectent ces ténosites secondaires de la syphilis avec les ténosites dérivant de la blennorrhagie.

L'affection, d'ailleurs, est d'intensité variable. Le plus habituellement elle s'en tient à un type subaigu, bénin et peu douloureux. Quelquefois cependant elle revêt une acuité réelle. L'inflammation locale

est alors assez vive; les douleurs deviennent comparables à celles d'un rhumatisme quelque peu intense; la peau se couvre d'une suffusion rosée ou même d'une rougeur « pelure d'oignon »; les téguments s'empâtent; le membre affecté s'immobilise par le fait de la souffrance. A ces symptômes locaux peuvent même s'ajouter, chez les sujets nerveux et excitables, quelques phénomènes peu durables de réaction générale (mouvement fébrile, inappétence, malaise, insomnie, etc.); cela toutefois est assez rare.

Comme *siège*, un trait curieux de ces lésions est de se porter avec une préférence marquée vers certains tendons. Ceux qu'elles affectent le plus fréquemment sont : en première ligne, les tendons extenseurs des orteils; — en seconde ligne, le tendon du biceps; — en troisième, les tendons péroniers et les tendons extenseurs des doigts.

On les rencontre encore, mais d'une façon bien moins commune, sur les tendons qui avoisinent l'articulation du genou, sur ceux de la patte d'oie, sur celui du long supinateur, sur le tendon d'Achille, etc.

La ténosite vraie est bien plus persistante que l'hydropisie simple des tendons. Elle se résout d'une façon plus difficile et plus lente. Aussi exige-t-elle presque toujours, indépendamment du traitement général, une médication topique, que rendent d'ailleurs indispensable les souffrances accusées par les malades.

Cette médication n'a pour objet le plus souvent que de calmer les douleurs. Elle ne consistera donc qu'en des applications sédatives (cataplasmes laudanisés, fomentations émollientes, liniments narcotiques, badigeonnages au salicylate de méthyle, enveloppements d'ouate, etc.). — Quelquefois cependant elle devra être antiphlogistique ou résolutive. C'est ainsi qu'en certaines circonstances l'indication se présente d'avoir recours soit aux ventouses scarifiées, qui m'ont semblé d'un excellent effet alors que l'inflammation locale est très vive, soit aux vésicatoires volants comme moyen de favoriser ou d'activer la résolution. — Il est bien rare que huit à dix ou quinze jours au plus de cette médication ne suffisent pas à délivrer complètement les malades.

Formes frustes. — *Éléments du diagnostic.* — Besoin est de spécifier ici qu'en nombre de cas les lésions tendineuses, au lieu de se présenter avec la physionomie nette et précise que je viens de décrire, restent bien moins définies comme expression symptomatologique, plus obscures, voire frustes et larvées. Cela, pour des raisons multiples et diverses : parce que, d'abord, tels ou tels de leurs symptômes (rougeur, tuméfaction, épanchement, etc.), peuvent n'être que médiocrement accentués ou se trouver masqués par un empâtement œdémateux; — parce que, si peu qu'elles soient un peu profondes, elles ne se traduisent plus que par des signes plus ou moins

équivoques; — parce que, coexistant parfois avec une arthropathie voisine, elles sont englobées en quelque sorte dans la symptomatologie prédominante de l'affection articulaire. Ainsi, j'ai vu une synovite du biceps fémoral être presque absolument dissimulée par une arthropathie du genou. Aussi bien, en de telles occurrences, ces lésions tendineuses risquent-elles d'échapper à l'attention du médecin ou de rester méconnues. Il n'est qu'un moyen, qu'une *méthode* pour se tenir en garde contre des surprises ou des erreurs de ce genre et restituer le diagnostic dans la droite voie. Cette méthode consiste en ceci : 1° Interroger et contrôler avec soin les sensations douloureuses énoncées par le malade; — 2° Soumettre la région endolorie à une véritable *analyse anatomique* par un toucher digital des plus attentifs, en vue de circonscrire exactement le siège précis de la douleur. De la sorte, on aboutira à reconnaître, s'il s'agit d'une lésion tendineuse : 1° que la douleur a un siège unique et bien délimité; — 2° que ce siège correspond avec une rigueur anatomique au trajet d'un tendon ; — 3° qu'éveillant en ce point une souffrance plus ou moins vive la pression reste indolente en dehors de ce point; — 4° enfin, que la douleur est excitée, exaspérée par tous les mouvements spontanés ou provoqués dont l'effet est de tendre le tendon malade. C'est et ce n'est qu'à l'aide d'une exploration dirigée de la sorte qu'on parviendra à dépister dans les cas difficiles une synovite tendineuse et à pouvoir en affirmer l'existence.

En l'espèce, d'ailleurs, la difficulté est moins de trouver la lésion quand on la recherche que de *songer à la rechercher*. Nombre de synovites n'échappent au diagnostic que faute d'un examen suffisant pour les reconnaître.

Tandis que, si l'on s'astreint à mettre en œuvre, dans les cas obscurs et douteux, la très simple méthode que je viens de dire, on aboutira maintes fois à localiser dans le système synovial des douleurs et des troubles fonctionnels dont le véritable siège, sans elle, aurait couru grand risque de rester méconnu. Pour avoir curieusement étudié cette question, je crois être en droit d'affirmer que nombre de ces souffrances vagues dont se plaignent si fréquemment les syphilitiques à la période secondaire relèvent de synovites tendineuses. Ainsi, j'ai bien souvent constaté :

1° Que certaines de ces douleurs « *de genoux* », qui nous sont si souvent accusées par nos malades, ont leur origine dans des lésions tendineuses, lésions affectant soit le tendon rotulien, soit surtout les tendons de la patte d'oie, soit encore l'extrémité du tendon du biceps au niveau de la tête du péroné, soit même peut-être celui du demi-membraneux ;

2° Que, de même, certaines douleurs « des *chevilles* ou des *pieds* » relèvent de lésions semblables occupant les tendons extenseurs des orteils, le tendon de l'extenseur du pouce ou les tendons péroniers ;

3° Que celles du *poignet* et des *mains* résultent le plus habituellement de lésions localisées dans les tendons extenseurs des doigts;

4° Que celles du coude et celle notamment « *de la saignée* » ont souvent leur siège dans le tendon du biceps.

Cette dernière mérite une mention spéciale. Il n'est pas rare que des sujets syphilitiques se plaignent d'éprouver au pli du coude, « à la saignée », comme ils le disent, une sorte de point fixe douloureux, d'étreinte locale, qui les empêche d'étendre l'avant-bras sur le bras. Ce symptôme, à coup sûr, peut relever de causes diverses, par exemple d'une arthralgie, d'une périostite ou d'une de ces myosites bizarres que nous allons bientôt étudier. Mais, non moins certainement, il dérive parfois d'une *synovite bicipitale*. Et, en effet, dans les cas de cet ordre, le doigt porté sur le tendon du biceps éveille là une vive douleur, tandis que les parties voisines restent indolentes au palper. D'autre part, tous les mouvements, volontaires ou communiqués, qui ont pour résultat de tendre ce tendon déterminent en ce même point, et là seulement, une souffrance aiguë. De tels signes ne sont-ils pas dénonciateurs d'une ténosite ?

Hygroma secondaire. — Des lésions d'ordre tout semblable affectent quelquefois, mais bien plus rarement, les bourses séreuses sous-cutanées ou profondes, et constituent ce qu'on a appelé l'hygroma secondaire.

On les a rencontrées sur des points très divers, à savoir : le plus souvent sur la bourse prérotulienne (et quelquefois d'une façon symétrique); — moins souvent sur la bourse rétro-olécranienne ou celle de la patte d'oie; — rarement sur la bourse ischiatique (dont la lésion, soit dit incidemment, en raison de ses douleurs locales ou de ses douleurs d'irradiation, a pu simuler une sciatique partielle ou fessière), les bourses malléolaires, la bourse qui sépare le brachial antérieur du biceps, etc.

Cet hygroma secondaire, à la façon de la ténosite secondaire, se présente sous deux formes : 1° une forme froide, aphlegmasique, exempte de tout symptôme de réaction locale; — 2° une forme subaiguë, avec douleurs, empâtement, suffusion rosée des téguments, troubles fonctionnels corrélatifs. — Inutile de reproduire ici cette symptomatologie qui est exactement celle de la ténosite.

Existe-t-il, comme on l'a dit, une troisième forme qu'on pourrait qualifier du nom d'*hygroma sec*, se caractérisant simplement par une crépitation « de neige foulée » ? Cela reste à l'étude.

Dans les quelques cas d'hygroma secondaire qui ont été bien observés, la résolution s'est toujours produite d'une façon rapide (quelques semaines en moyenne), sous l'influence du traitement spécifique, aidé ou non de quelques applications locales.

IV. — MUSCLES

On croit assez généralement que les *muscles* ne sont affectés par la syphilis qu'à une époque avancée de la diathèse, notamment à la période tertiaire. C'est là un préjugé contre lequel je ne saurais réagir assez vivement. Les muscles, tout au contraire, sont fréquemment éprouvés par la syphilis secondaire, et cela de diverses façons.

On peut ranger sous les six chefs suivants les déterminations morbides qui se produisent sur les muscles au cours de la période secondaire :

1° Douleurs musculaires ou *myosalgies* ;
2° *Contracture* musculaire;
3° *Myosite.*
4° Affaiblissement, *débilité* musculaire ;
5° Amaigrissement musculaire, *amyotrophie* ;
6° *Tremblement.*

Quelques-uns de ces troubles fonctionnels ont déjà trouvé ou trouveront place dans divers chapitres de cet ouvrage. D'autres doivent nous occuper ici.

I. — **Myosalgies.** — Les myosalgies syphilitiques consistent en de simples *douleurs* musculaires, ayant ou paraissant bien avoir leur siège dans le tissu, dans le parenchyme même des muscles de la vie de relation.

La douleur est l'*unique* phénomène qui les caractérise. Et, en effet, l'examen clinique le plus minutieux ne révèle aucune altération du muscle endolori, à savoir : ni tuméfaction, ni atrophie, ni rénitence morbide, ni induration circonscrite, ni lésion d'aucun genre. A la douleur, il est vrai, s'ajoute bien un certain degré d'impuissance musculaire, mais ce dernier trouble n'est lui-même qu'un effet, une conséquence de la douleur. Si les mouvements sont empêchés, ils ne le sont qu'en raison de la souffrance seulement ; car, le malade consent-il à surmonter cette souffrance, le mouvement s'exécute ; la motilité proprement dite n'est donc pas atteinte.

Les douleurs de la syphilis musculaire occupent le corps même du muscle, sa portion charnue. Il est rare qu'elles affectent un muscle tout entier; presque toujours elles sont circonscrites (du moins autant qu'on en peut juger) à une portion de son trajet, sur une hauteur de quelques centimètres environ.

Ces douleurs se produisent surtout dans les mouvements. Mais, au repos même, elles se font encore sentir de temps à autre, soit qu'elles résultent de contractions musculaires inconscientes ou de changements d'attitude assez légers pour être inappréciables, soit qu'elles dérivent de toute autre cause inconnue. — Quelquefois, mais non

pas toujours, elles sont exaspérées par la pression ou même par le simple palper; ce qui permet au médecin d'en limiter exactement le siège et l'étendue. — Au repos, elles ont le caractère sourd et contusif; dans les mouvements, elles deviennent aiguës et tout à fait pénibles. — Enfin, dernier détail, elles subissent assez souvent de l'influence *nocturne* une exacerbation marquée. — D'autres fois encore, elles sont plus vives le matin, au réveil, alors que le muscle ne s'est pas exercé depuis longtemps.

Localisations. — Les myosalgies secondaires ont de véritables sièges de prédilection.

Citons comme tels :

1° Les masses musculaires des *cuisses* et des *jambes*. — Rien de plus fréquent que d'entendre nos malades accuser des douleurs plus ou moins vives dans les membres inférieurs, douleurs que l'exploration permet de localiser soit dans le triceps fémoral, soit plus souvent dans les muscles du mollet. Si peu qu'elles atteignent une certaine acuité, ces douleurs forcent à garder le lit; car, presque également accrues par la marche et la station, elles ne sont soulagées que par le décubitus.

Elles ont souvent le caractère *contusif*, à en juger du moins d'après le dire des malades, qui ne cessent de répéter : « C'est comme si j'avais reçu une volée de coups de bâton dans les jambes ».

2° Les muscles de l'*épaule*. — De là ce symptôme également commun, qui consiste en un endolorissement de l'épaule, en une gêne plus ou moins pénible pour mouvoir et surtout pour élever les bras. Essayez dans ces conditions de presser le deltoïde entre vos doigts, et vous déterminerez aussitôt dans le corps même de ce muscle une assez vive souffrance.

3° Les muscles des *avant-bras* (les fléchisseurs spécialement). — De là un certain embarras dans les mouvements de flexion des doigts, de là l'inhabileté, la maladresse de la main, l'impossibilité de serrer, de presser. Certaines de nos malades, en raison de ces douleurs spéciales, doivent renoncer à coudre, parce que le maniement de l'aiguille éveille dans les masses musculaires de l'avant-bras une véritable fatigue, un « agacement, un énervement intolérable ».

4° La portion cervicale du trapèze. — D'où la difficulté de certains mouvements de la tête et une variété particulière de *torticolis*.

5° Les masses lombaires (*lumbago syphilitique*), etc.

Tantôt on n'observe qu'une seule de ces localisations douloureuses, et tantôt on en rencontre plusieurs en coïncidence. Il n'est même pas rare, chez la femme spécialement, qu'elles soient multiples à un haut degré. Ainsi, j'avais dans mes salles, il y a quelques mois, une malade qui souffrait à la fois de myosalgies intenses occupant les masses musculaires des cuisses et des lombes, les mollets, les deltoïdes, les muscles de l'avant-bras, du dos et de la nuque. J'ai même

vu plusieurs fois une sorte de courbature douloureuse envahir presque tout le système musculaire et tenir les malades alités pendant quelques semaines.

Très souvent, d'ailleurs, il s'adjoint à ces douleurs musculaires d'autres douleurs ayant leur origine dans les articulations, les tendons et le périoste. Ce sont là, en effet, tous phénomènes de même ordre, qui appartiennent au même stade de la diathèse et qui, pour cette double raison, s'observent fréquemment associés.

Formes. — Durée. — Traitement. — Les myosalgies secondaires sont variables comme intensité de douleur. Parfois, mais rarement, elles acquièrent l'acuité du rhumatisme musculaire le plus intense. Bien plus souvent elles ne consistent qu'en un *endolorissement* sourd du muscle, en une sorte de malaise, de *courbature*, peu sensible au repos, mais rendue très pénible par le mouvement.

Elles ne sont pas moins variables comme évolution et comme durée. Tantôt elles ne persistent pas au delà de quelques jours; tantôt elles demandent plusieurs semaines pour disparaître. Enfin, elles sont à la fois sujettes à recrudescences et à récidives.

On en fait justice assez facilement, et cela à l'aide du traitement interne, aidé de quelques applications locales (liniments narcotiques, chloroforme, sinapismes, badigeonnages à la teinture d'iode, au besoin même petits vésicatoires volants). — Les bains de vapeur généraux (alors qu'ils ne sont pas contre-indiqués par d'autres raisons) ou, préférablement, les bains de vapeur locaux sont encore d'un utile emploi pour soulager ce genre de douleurs.

II. — **Contracture musculaire. — Contracture secondaire du biceps brachial.** — On a cité quelques cas de « contracture » survenue sur divers muscles (fléchisseurs des doigts, muscles des mollets, biceps crural, fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, masséter, etc.), au cours de la période secondaire. Mais ce ne sont là que des faits très exceptionnels, sur lesquels d'ailleurs un supplément d'enquête est encore nécessaire. Je n'en parlerai pas. — En revanche et de la façon la plus authentique, il est un muscle qui semble presque avoir le monopole des phénomènes de ce genre. C'est le *biceps brachial*.

Et, en effet, on assiste parfois (le fait est assez rare cependant), au cours de la période secondaire, à la très étrange scène que voici, laquelle se présente invariablement avec la même physionomie comme ensemble et même comme détails. C'est un malade qui, du jour au lendemain, se trouve pris d'une contracture ou d'une sorte de contracture du biceps. Il se présente avec l'*avant-bras fléchi sur le bras et immobilisé, comme ankylosé dans cette attitude*. Il ne peut étendre le membre affecté. L'essaie-t-il qu'il en est empêché par une douleur vive, et il n'y parvient même pas en s'efforçant de dominer cette douleur. Le médecin vient-il alors à tenter l'extension

forcée, il ne réussit qu'à provoquer une angoisse des plus pénibles, et il éprouve la sensation d'une résistance toute particulière, d'une sorte de *rigidité* du bras, laquelle maintient obstinément le membre dans la flexion. Bref, le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est devenu impossible, voire au prix de la douleur, et l'avant-bras est fixé d'une façon permanente dans la flexion.

Tel est le fait dans ses grandes lignes. Au détail, on perçoit encore ceci : que le tendon du biceps se présente tendu comme une corde, rigide et saillant au-dessous de la peau, ce qui n'est pas sans contraster avec l'inertie apparente du muscle; — que le biceps ne semble pas contracturé; moins flasque qu'un muscle au repos, il n'offre pas cependant la dureté d'un muscle qui se contracte (Mauriac); — que la flexion de l'avant-bras ne dépasse pas en général l'angle obtus (il est bien plus rare qu'elle atteigne l'angle droit ou l'angle aigu); — que parfois cette flexion ne peut être rendue complète sans éveiller une douleur qui porte sur l'olécrane et la partie la plus inférieure du triceps brachial (Mauriac); — qu'à part ces troubles de l'extension et de la flexion tous les autres mouvements du membre ont conservé leur liberté; — qu'à l'état d'immobilité la douleur est nulle, à cela près de quelques légers élancements ou de crampes sourdes dans le corps du muscle; mais qu'elle apparaît tout aussitôt et avec une angoisse réelle dès qu'on veut pratiquer l'extension forcée, et qu'alors elle a pour siège le pli du coude, sur le trajet du tendon et plus près de l'insertion des fibres musculaires que du radius, etc. — Finalement, l'examen le plus minutieux révèle l'intégrité absolue de tous les systèmes organiques ambiants (peau, tissu cellulaire, os, articulations, nerfs, tendons, etc.).

Est-il quelque raison qui semble présider au développement de ce singulier trouble fonctionnel? Aucune. L'analyse étiologique la plus minutieuse ne découvre rien. D'une part, nulle cause occasionnelle, provenant d'un effort, d'une distension musculaire, d'un surmenage, d'un refroidissement, etc. D'autre part, nulle cause prédisposante, telle que diathèse rhumatismale ou goutteuse. Seule, la syphilis reste responsable de ce trouble musculaire, comme le poison saturnin d'une paralysie saturnine. Et, en effet, c'est là tellement un accident d'ordre syphilitique qu'il n'a jamais été réalisé — à ma connaissance tout au moins — par aucune maladie autre que la syphilis. Cette contracture bicipitale, dans la forme que je viens de décrire, peut donc être dite par excellence un *accident de syphilis*. Au point que, par elle seule, elle dénoncerait, elle attesterait la syphilis, en l'absence de tout commémoratif ou de toute autre manifestation d'ordre spécifique.

J'ajouterai encore : cette contracture bicipitale est presque exclusivement une manifestation *secondaire*. On l'observe généralement

du deuxième au quinzième mois de l'infection. Il est absolument rare qu'elle se produise à une époque plus tardive.

Elle se manifeste avec toutes les formes de syphilis, mais bien plus souvent avec les formes légères ou moyennes qu'avec les formes graves. — Elle se rencontre surtout avec les syphilis fécondes en accidents vers le système locomoteur (arthralgies, arthropathies, synovites, ostéalgies, etc.) ou bien en coïncidence avec ces troubles nerveux superficiels qui composent ce qu'on appelle le nervosisme secondaire.

Évolution. — Terminaison. — Durée. — Le propre de l'affection est de débuter sourdement, insidieusement, à l'insu du malade, qui, à un moment donné, se trouve stupéfait de ne plus pouvoir étendre son avant-bras. — Une fois établie, elle reste longtemps stationnaire, sans modifications. — On peut la dire de teneur continue, à cela près de quelques oscillations insignifiantes. — Puis, elle finit par décliner, mais lentement, insensiblement.

Toujours elle guérit. Et toujours elle guérit intégralement, sans laisser vestige de son passage sur le muscle affecté.

Dans l'énorme majorité des cas, elle est et reste unilatérale. — On l'a vue cependant, par exception, envahir les deux bras, mais toujours d'une façon successive.

Variable suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement, sa durée est presque toujours notablement longue. Sauf pour certains cas bénins, elle n'est guère inférieure à deux, trois ou cinq mois. Je crois apocryphes les cas où elle se serait prolongée, comme on l'a dit, plusieurs années.

Pathogénie. — Toutes les théories imaginables ont été produites à son sujet. On a voulu faire de cette myopathie bicipitale un phénomène réflexe d'une arthropathie, d'une ténosite, d'une périostite locale. Mais toutes ces interprétations pèchent par la base, en l'absence de toute lésion appréciable vers l'article, les tendons et les os. — On a émis les diverses hypothèses d'une névrite, d'une irritation des cellules motrices de la moelle, d'une lésion localisée du système nerveux central, etc. ; mais l'ébauche même d'une démonstration fait défaut à toutes ces théories. — S'agirait-il d'une myosalgie simple ? Mais une myosalgie implique un état douloureux du muscle qui manque en l'espèce. D'autre part, si intense soit-elle, une myosalgie permet aux mouvements de s'exécuter alors que le malade consent à dominer sa douleur. — Et ainsi de suite pour d'autres explications que je passerai sous silence.

Un seul fait reste certain, indiscutable ; c'est que *le muscle est malade* et malade pour son compte, si je puis ainsi parler. Cela ressort de considérations diverses. D'abord, il est le siège d'élancements, de crampes ; et, si faiblement accentués que soient ces phénomènes douloureux, ils n'en ont pas moins une signification

réelle. — Puis, comme l'a établi M. Mauriac, il ne répond pas au pincement, à la façon d'un muscle sain, par la formation soudaine de ce qu'on appelle le bourrelet contractile. — De même encore « il répond mal à l'électricité et ne perçoit que faiblement la sensation que provoque dans les muscles sains le passage du courant galvanique ». Donc, d'une façon ou d'une autre, il est malade, bien certainement.

Mais de quelle façon est-il malade? Serait-ce, comme on l'a dit, par le fait d'une *myosite*? L'absence de douleur à la pression et l'absence de dureté, d'infiltration locale, sont des phénomènes peu favorables à cette interprétation. Il est vrai qu'on *suppose* ici l'existence d'une myosite spéciale, ne portant que sur quelques fibres du muscle et non sur toute sa masse, d'une myosite de « modalité hyperémique ou sub-inflammatoire », ne s'élevant pas jusqu'au degré de l'infiltration plastique. Soit! Mais, avec cela, nous voici ramenés au champ des hypothèses.

Somme toute, le voile n'est pas encore levé sur la pathogénie de cette myopathie bicipitale. Il l'est encore moins sur la raison qui localise dans le biceps une affection de ce genre. En vertu de quelle affinité ce muscle est-il, à l'exclusion de tous ses congénères, le siège de la contracture ou pseudo-contracture bizarre que je viens de décrire? Cela reste à l'état d'énigme.

Traitement. — Il n'est pas douteux que le traitement spécifique exerce une action curative sur le symptôme en question; mais il est non moins certain que cette action ne se traduit en général que d'une façon assez lente, plus lente qu'à l'égard de la plupart des autres manifestations secondaires. Nouvelle bizarrerie, que je ne me charge pas d'expliquer.

C'est la médication mixte qui, de par expérience, se trouve indiquée en l'espèce. — L'iodure y tiendrait une place prépondérante, au dire de certains auteurs. — Quels résultats fournirait le traitement par injections mercurielles? Cela reste à expérimenter.

On a tenté d'agir sur la contracture par des moyens externes, à savoir : soit par des révulsifs cutanés (vésicatoires, ventouses, sinapismes), soit par des onctions calmantes (belladone, opium, chloroforme, etc.), soit par des frictions, des malaxations, des douches de vapeur, des pulvérisations d'éther, soit enfin par l'électricité. L'utilité de ces diverses pratiques a toujours paru bien restreinte.

III. — **Myosite.** — La *myosite* vraie, caractérisée par une tuméfaction du corps musculaire avec suffusion plastique, rénitence au toucher, douleur à la pression, douleur provoquée par les mouvements, impotence fonctionnelle, etc., est une manifestation plus que rare, tout à fait exceptionnelle, au cours de la période secondaire. On en connaît à peine quelques cas, dont un des plus complets a été relaté

par M. Mauriac. Ce cas est relatif à une jeune femme qui, syphilitique depuis huit à dix mois, fut affectée, coïncidemment avec une roséole et une poussée de plaques muqueuses, d'une myosite incontestablement spécifique, occupant la masse musculaire des fléchisseurs superficiels des doigts. L'affection se traduisait par les symptômes suivants : tuméfaction diffuse de l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet; — légère teinte rosée de la peau à ce niveau, mais sans empâtement du tissu cellulaire; — consistance dure et élastique, sans trace de nodosité ; — douleurs sourdes, profondes, spontanées ou provoquées par les mouvements; — demi-flexion des doigts dans la paume de la main, et impossibilité de les redresser; — intégrité absolue des gaines tendineuses, etc. — Cette myosite guérit rapidement et sans laisser de traces sous l'influence du traitement spécifique.

IV. — **Affaiblissement, débilité musculaire.** — Il est très fréquent, dans la période secondaire de la syphilis et surtout dans les premiers temps de cette période, que la force musculaire soit affectée et diminuée d'une façon plus ou moins notable. Les malades ont conscience de ce phénomène. Ils se plaignent de perdre leurs forces, ils disent « ne plus se sentir les mêmes » au point de vue de la vigueur; ils ne supportent plus aussi facilement la marche, l'exercice, la fatigue; ils ne sont plus capables du même rendement de travail qu'autrefois.

« Lorsqu'elle est très accentuée, disais-je dans une de mes leçons cliniques où j'ai longuement étudié ce sujet, la diminution de force est aisément appréciable pour le médecin. Dans ces conditions, faites-vous simplement serrer la main par le malade, en le priant d'y déployer toute sa vigueur, et cela seul suffira pour vous rendre compte que la pression exercée n'est pas en rapport avec la taille, la musculature, l'habitus général de l'individu.

Mais ce n'est là, certes, qu'un procédé plus qu'élémentaire pour apprécier la déperdition des forces. Si vous voulez avoir une détermination exacte du phénomène, il vous faut recourir à une autre méthode — celle-ci mathématique et sûre — qui vous est offerte par le *dynamomètre*. Mesurez avec cet instrument la force musculaire à diverses périodes de la maladie, et vous pourrez de la sorte apprécier avec précision l'influence exercée sur les muscles par la diathèse.

Par un exemple je vais immédiatement fixer vos idées sur ce point.

Une femme entre dans nos salles pour divers accidents d'une syphilis secondaire de fraîche date. Cette femme est jeune, grande, bien musclée, de constitution assez robuste. Elle raconte cependant que depuis quelques semaines elle se sent très affaiblie et « toujours

[illegible] stitue un des caractères de ce qu'on appelle [illegible] dorose syphilitique.

[illegible]. Dans ce troisième degré, beaucoup plus rare, [illegible] la puissance musculaire est encore bien plus [illegible] de 15 à 20, 22 et 25 kilogrammes (exemple la [illegible] ens de vous entretenir à l'instant, chez laquelle [illegible] onné la force musculaire avait baissé de 22 kilo- [illegible] comparable alors à ce qu'on observe soit dans la [illegible] les états aigus graves, soit dans le cours des ma- [illegible] ques ayant pour effet de débiliter profondément

[illegible] ition aussi considérable de la puissance musculaire [illegible] que d'une façon peu commune. Je l'ai rencontrée [illegible] usivement : 1° chez des femmes jeunes, excitables, [illegible] ant l'économie est fortement ébranlée par la diathèse ; [illegible] un ordre de cas que je vous ai souvent signalés, où la [illegible] tit d'emblée sur les fonctions splanchniques, affecte [illegible] forme viscérale et s'en prend de prime abord à la [illegible] de la sorte que j'ai vu sur certaines de nos malades de [illegible], devenues *asthéniques* par le fait de la syphilis, le dyna- [illegible] descendre jusqu'aux chiffres presque incroyables de 18, [illegible] kilogrammes ! Et notez qu'ici je ne vous parle même pas [illegible] hexie, où la force musculaire diminue à ce point qu'elle [illegible] pour ainsi dire nulle.

[illegible], c'est là un fait bien digne de remarque que cette atteinte [illegible] par la syphilis secondaire à la puissance du muscle, et je [illegible] nne qu'un tel fait n'ait pas encore fixé comme il le mérite [illegible] ntion des observateurs. A défaut d'autres preuves (qui malheu- [illegible] ement, hélas! ne sont que trop nombreuses), il suffirait à dé- [illegible] trer que la vérole n'a pas d'âge pour compromettre l'état général [illegible] sujets qu'elle affecte; que, loin de se limiter tout d'abord, [illegible] mme on le disait autrefois, aux tissus extérieurs et superficiels, [illegible] le étend dès l'origine son action sur tout l'être vivant ; que, même [illegible] eune, elle retentit sur les systèmes intérieurs et attaque les forces vives de l'organisme.

En tout cas, quel que soit le degré qu'il affecte, l'affaiblissement musculaire qui se produit à la période où nous étudions la diathèse n'est jamais — sauf exceptions très rares — que momentané, temporaire. Il dure un certain temps, plus ou moins suivant les cas, suivant des conditions multiples de constitution, d'hygiène, d'intensité de maladie, de traitement, etc. ; puis il fait place au retour de l'état normal. C'est affaire en général de quelques mois pour que l'organisme réagisse, se remette de la secousse qu'il a subie, et [illegible] vigueur première. Cette restauration des forces a [illegible] itude d'être à la fois *rapide* et *intégrale*. Quelquefois

exacte à la période pendant laquelle les accidents s'apaisent, s'atténuent, disparaissent. C'est le stade de décroissance morbide, de rémission, de retour à la santé; et, *à mesure que l'ensemble des symptômes morbides rétrocède, la force musculaire s'élève de plus en plus.*

Quoi de plus clair, quoi de plus net et de mieux fait pour démontrer l'influence exercée par la syphilis sur la force musculaire?

Sans doute, cette influence ne se traduit pas toujours par des chiffres aussi démonstratifs; sans doute, je viens de choisir, je l'avoue, un cas type, un cas où l'écart est le plus marqué du taux normal au taux morbide de la force musculaire; et il s'en faut, très heureusement, que la syphilis ait pour habitude de réagir à ce degré sur les muscles. N'importe. Ce que je veux établir, ce dont j'ai l'intention de vous convaincre, c'est qu'à des degrés variables la diathèse retentit sur les forces de l'individu. Or, ce fait, j'ai en mains de nombreuses observations pour le démontrer. Sur plusieurs centaines de malades, j'ai scrupuleusement interrogé avec le dynamomètre la force musculaire à diverses périodes de la diathèse, et je l'ai vue très fréquemment affectée d'une façon non douteuse. Je ne vous reproduirai pas le détail de ces expériences; mais, si je vous fais grâce d'un long et fastidieux défilé de chiffres, laissez-moi du moins vous exposer les résultats généraux qui en dérivent.

Ces résultats, les voici en quelques mots :

I. Dans un assez grand nombre de cas, environ sur le tiers des malades (1), la force musculaire n'éprouve aucune atteinte bien appréciable du fait de la diathèse (je ne parle ici que de la période secondaire, la seule sur laquelle mes recherches aient porté en nombre suffisant pour me permettre de formuler des résultats précis).

II. Inversement, dans un nombre de cas plus considérable, sur les deux tiers des malades au moins, la force musculaire est affectée et diminuée à des degrés variables, degrés qu'on peut catégoriser de la façon suivante :

1° Déchet *léger*, oscillant entre 2 et 5 kilogrammes. — Ce premier degré, qui passe souvent inaperçu des malades, est excessivement commun.

2° Déchet *moyen*, de 6 à 10, 12, 15 kilogrammes. — Ici, la déperdition des forces ne saurait être méconnue. Elle s'accuse, elle se formule d'une façon manifeste. Les malades en ont pleine conscience; ils se sentent et se disent affaiblis. — Ce second degré est encore assez fréquent, surtout chez la femme. Il coïncide généralement avec un état plus ou moins marqué d'anémie, de langueur, d'amai-

(1) Besoin est de préciser que les recherches dont je produis ici les résultats ont été faites à l'hôpital de Lourcine, c'est-à-dire sur des *femmes*, exclusivement. — Que donneraient comme résultats des recherches semblables faites sur l'homme? Cela reste à déterminer par une étude de même ordre.

grissement. Il constitue un des caractères de ce qu'on appelle vulgairement la chlorose syphilitique.

3° Déchet *intense*. Dans ce troisième degré, beaucoup plus rare, l'abaissement de la puissance musculaire est encore bien plus marqué. Il varie de 15 à 20, 22 et 25 kilogrammes (exemple la malade dont je viens de vous entretenir à l'instant, chez laquelle à un moment donné la force musculaire avait baissé de 22 kilogrammes). Il est comparable alors à ce qu'on observe soit dans la convalescence des états aigus graves, soit dans le cours des maladies chroniques ayant pour effet de débiliter profondément l'organisme.

Une déperdition aussi considérable de la puissance musculaire ne se produit que d'une façon peu commune. Je l'ai rencontrée presque exclusivement : 1° chez des femmes jeunes, excitables, nerveuses, dont l'économie est fortement ébranlée par la diathèse ; — 2° dans un ordre de cas que je vous ai souvent signalés, où la vérole retentit d'emblée sur les fonctions splanchniques, affecte d'emblée la forme viscérale et s'en prend de prime abord à la santé. C'est de la sorte que j'ai vu sur certaines de nos malades de cet hôpital, devenues *asthéniques* par le fait de la syphilis, le dynamomètre descendre jusqu'aux chiffres presque incroyables de 18, 16, 14, 10 kilogrammes ! Et notez qu'ici je ne vous parle même pas de la cachexie, où la force musculaire diminue à ce point qu'elle devient pour ainsi dire nulle.

Certes, c'est là un fait bien digne de remarque que cette atteinte portée par la syphilis secondaire à la puissance du muscle, et je m'étonne qu'un tel fait n'ait pas encore fixé comme il le mérite l'attention des observateurs. A défaut d'autres preuves (qui malheureusement, hélas ! ne sont que trop nombreuses), il suffirait à démontrer que la vérole n'a pas d'âge pour compromettre l'état général des sujets qu'elle affecte ; que, loin de se limiter tout d'abord, comme on le disait autrefois, aux tissus extérieurs et superficiels, elle étend dès l'origine son action sur tout l'être vivant ; que, même jeune, elle retentit sur les systèmes intérieurs et attaque les forces vives de l'organisme.

En tout cas, quel que soit le degré qu'il affecte, l'affaiblissement musculaire qui se produit à la période où nous étudions la diathèse n'est jamais — sauf exceptions très rares — que momentané, temporaire. Il dure un certain temps, plus ou moins suivant les cas, suivant des conditions multiples de constitution, d'hygiène, d'intensité de maladie, de traitement, etc. ; puis il fait place au retour de l'état normal. C'est affaire en général de quelques mois pour que l'organisme réagisse, se remette de la secousse qu'il a subie, et revienne à sa vigueur première. Cette restauration des forces a donc pour habitude d'être à la fois *rapide* et *intégrale*. Quelquefois

cependant elle procède avec lenteur et exige une année, plusieurs années, pour s'accomplir. Elle peut même rester incomplète, et cela d'une façon définitive. C'est ainsi qu'en pratique vous entendrez certains malades se plaindre d'avoir été longtemps, très longtemps affaiblis par le fait de la vérole. Vous en entendrez même quelques-uns vous dire qu'ils « ne se sont jamais remis de leur vérole », qu'ils ne sont jamais « redevenus ce qu'ils étaient autrefois », que cette maladie « les a vieillis de dix ans au point de vue de la vigueur, etc. ». Je me rappelle à ce propos le fait d'un lutteur forain, homme doué d'une force véritablement herculéenne, lequel, à la suite d'une syphilis grave de forme asthénique, a dû renoncer pour toujours à sa profession. De même un de mes anciens clients, qui fut affligé, il y a dix ans, d'une syphilis assez sérieuse, me disait récemment : « C'est égal, docteur, si vous m'avez guéri de ma vérole, vous ne m'avez pas rendu *mes muscles* d'autrefois. Cette maladie-là m'a transformé ; je ne connaissais pas la fatigue auparavant ; à dater du jour où j'ai pris la vérole, je n'ai plus été le même homme ; mes forces ont baissé et jamais elles ne sont redevenues ce qu'elles étaient jadis. »

A quoi rattacher cette débilitation musculaire ? Est-elle un effet direct de la diathèse sur le système musculaire ? N'est-elle au contraire que médiate, en dérivant d'un trouble protopathique du système nerveux ? Ne serait-elle pas plutôt le résultat d'ensemble d'une influence infectieuse sur tout l'être vivant ? J'inclinerais volontiers vers cette dernière interprétation, tout en me gardant de vouloir rien affirmer à ce sujet.

V. — **Amaigrissement musculaire, amyotrophie.** — Il n'est pas rare — mais seulement dans les formes sérieuses de la syphilis et, plus spécialement, dans ses formes dites dénutritives, consomptives, — que le système musculaire soit affecté dans sa substance. Il *maigrit* alors ; il maigrit comme à la suite d'une affection aiguë, comme dans le cours d'une maladie chronique. Et cet amaigrissement, cela va sans dire, entraîne toujours à sa suite comme conséquence nécessaire un degré proportionnel d'affaiblissement. Le muscle peut bien être affaibli sans maigrir (au moins visiblement) ; mais, bien entendu, il ne saurait maigrir sans perdre une partie de sa puissance.

L'amaigrissement musculaire d'origine syphilitique se rencontre chez la femme bien plus fréquemment que chez l'homme. On l'observe surtout chez les sujets jeunes, délicats, lymphatiques, nerveux, dont la constitution est vivement impressionnée par la diathèse, et plus spécialement encore dans les cas où la maladie, affectant dès la période secondaire ce que j'appelle la forme viscérale, exerce sur l'économie une double influence dépressive et dénutritive.

Il est hors de doute que, dans ces conditions, le système musculaire participe souvent à la dénutrition générale.

Le phénomène est très simple en soi. Cliniquement, il ne s'accuse que par ceci : diminution de volume de la masse musculaire, et diminution corrélative des forces. Toujours il coïncide avec un amaigrissement bien plus appréciable du tissu cellulo-adipeux.

Il comporte différents degrés. Léger, il passe inaperçu. — Plus accentué, il ne manque pas d'éveiller l'attention des malades, qui se plaignent au médecin de « maigrir et de perdre leurs forces ». Si l'on a affaire à un sujet inconnu, il n'est pas possible de se rendre un compte exact de l'amaigrissement subi par le système musculaire; mais, sur un sujet connu, dont on a eu l'occasion de constater la musculature à l'état de santé, il est facile d'apprécier comparativement le déchet subi par les muscles. On constate alors que les chairs sont devenues plus molles, plus flasques, que certains reliefs se sont effacés ou amoindris, etc. Ces différences sont surtout notables au niveau des grosses masses musculaires, aux mollets, à l'épaule, à la cuisse, au bras, à l'avant-bras. — A un degré supérieur, le phénomène devient bien plus frappant et saute aux yeux, si je puis ainsi dire. J'ai longtemps donné mes soins en ville à une jeune femme qui, grasse et bien musclée avant de contracter la syphilis, avait prodigieusement maigri sous l'influence de la diathèse, et cela en dépit d'une hygiène des plus confortables, en dépit de toutes les médications toniques. Elle avait maigri à ce point qu'elle « n'osait plus se décolleter » et se privait d'aller au bal. Certes, une fièvre typhoïde ou la première période d'une phthisie pulmonaire ne l'eût pas étiolée davantage.

Enfin, à un degré extrême, ce n'est plus seulement de l'amaigrissement qu'on observe, c'est de l'émaciation, c'est du marasme, c'est une véritable *phthisie musculaire*. Dans la cachexie syphilitique, les membres et le tronc se présentent absolument *décharnés*. Les muscles sont grêles, petits, sans relief, et l'autopsie montre qu'en effet ils ont subi une atrophie réelle, considérable.

VI. — **Tremblement musculaire.** — En dernier lieu se présente un phénomène des plus intéressants — et encore très peu connu — que détermine parfois l'action de la syphilis sur le système musculaire : c'est le tremblement.

Ce phénomène, je ne ferai pour l'instant que le signaler à sa place. Comme il dérive, suivant toute vraisemblance, d'une influence nerveuse, j'en réserve la description pour un chapitre ultérieur, relatif aux troubles nerveux de la période secondaire.

Troubles associés du système locomoteur. — Pseudo-

rhumatisme syphilitique. — Si les diverses manifestations qui intéressent le système locomoteur peuvent se produire isolément, telles que je viens de les décrire, elles ne sont pas moins susceptibles de s'associer, de se combiner, voire (mais cela est bien plus rare) de se réunir presque au grand complet sur le même malade. Rien de plus commun, par exemple, que d'observer en coïncidence des périostites et des douleurs musculaires, des douleurs musculaires et des lésions tendineuses, des lésions tendineuses et des lésions du périoste, des arthropathies et des ténosites, etc. Or, de telles combinaisons résulte parfois un ensemble morbide des plus intéressants, en ce qu'il prend exactement les allures, la physionomie du RHUMATISME.

Qu'on se représente, en effet, un malade affecté au même instant de plusieurs des symptômes qui précèdent. Le voilà, je suppose, souffrant d'une, de deux ou de trois articulations, qui offrent un certain degré de fluxion ou d'épanchement ; le voilà, de plus, souffrant de douleurs tendineuses, souffrant aussi de douleurs musculaires, etc. N'est-ce pas là l'aspect du rhumatisme vulgaire, avec ses localisations communes, avec sa physionomie habituelle?

Mais ce n'est pas tout. Ce qui complète habituellement la symptomatologie du rhumatisme, c'est un cortège de différents phénomènes, tels que l'état fébrile, l'état sudoral, certains troubles généraux ou sympathiques, etc. Eh bien, tout cela, pour le dire à l'avance, peut se rencontrer également chez le syphilitique en coïncidence avec les diverses manifestations articulaires, musculaires, tendineuses, osseuses, que je viens d'étudier.

Ainsi, la *fièvre*, chez la femme spécialement, constitue un symptôme fréquent de syphilis secondaire. De même, les *sueurs*, ce phénomène si commun et si expressif du rhumatisme dans ses formes aiguës, se rencontrent aussi dans la syphilis. Pour les *troubles généraux*, enfin, n'est-il pas très habituel d'observer, dans les premiers temps de l'infection secondaire ou même à échéance plus éloignée, de l'inappétence avec état saburral de la langue, de la langueur digestive, de l'abattement, des phénomènes nerveux, tels qu'insomnie, céphalée, etc. ? — La syphilis ne produit-elle pas aussi de l'*anémie* et de la *pâleur*, à l'instar du rhumatisme? — Or, que l'on suppose ces divers symptômes réunis et groupés autour de déterminations spécifiques articulaires, tendineuses, musculaires ou autres, est-ce qu'un tel ensemble ne reproduira pas d'une étrange façon la scène du rhumatisme vulgaire? L'analogie, je dirai presque l'identité, ne sera-t-elle pas alors surprenante et de nature à égarer le diagnostic? Aussi bien, en face de cas de cet ordre, le médecin le plus clairvoyant peut-il se laisser surprendre, *croire au rhumatisme* alors que la syphilis seule est en cause, et très légitimement diagnostiquer le rhumatisme de par les symptômes locaux, de par la fièvre, les sueurs, la pâleur, etc.,

de par l'allure générale et le détail intime de ce singulier état pathologique.

Or, l'association possible de tels phénomènes n'est pas une simple hypothèse faite à plaisir; elle se réalise parfois en pratique, c'est un fait. Et de là résulte chez nos malades un *ensemble pathologique* d'apparence des plus insidieuses, simulant ou pouvant simuler au plus haut degré le rhumatisme vulgaire.

J'ai donné depuis longtemps à cet ensemble morbide le nom de *pseudo-rhumatisme syphilitique*. Et ce n'est pas un soin superflu, je pense, que de solliciter par une désignation spéciale l'attention des cliniciens sur un groupe de phénomènes peu connus, merveilleusement combinés pour donner le change en pratique. Je n'en suis plus à compter les erreurs commises à ce propos.

Phénomènes douloureux de localisation indéterminable. — Je viens de passer en revue les affections secondaires du système locomoteur qui peuvent être étiquetées *comme siège* (qu'on me passe l'expression), c'est-à-dire rattachées à tel ou tel élément constitutif de ce système. Mais il s'en faut que toutes les déterminations morbides qui se produisent sur ce système soient toujours et sûrement localisables. Il en est quelques-unes que, même après examen minutieux, on ne sait à quoi rapporter, que l'on constate sans pouvoir dire ce qu'elles sont, et dont il est impossible au total de déterminer exactement le siège. Ces dernières, j'ai dû renoncer à les catégoriser dans tel ou tel des chapitres qui précèdent, mais je n'ai pas moins l'obligation de les signaler.

I. — Au nombre de ces symptômes à siège indéterminé je citerai en première ligne ce qu'on appelle la **courbature syphilitique**.

Chacun sait ce qu'on désigne ainsi. C'est un état bizarre de fatigue, de lassitude, de brisement de tout l'être, avec sensation intime d'endolorissement, de meurtrissure générale.

Cette courbature spéciale s'observe très communément chez la femme, surtout dans les premiers temps et au début même de la période secondaire, ou, plus rarement, en coïncidence avec les poussées ultérieures de la diathèse. Quantité de nos malades (femmes) se plaignent à nous journellement d'être comme accablées, d'être toujours lasses, brisées au moindre exercice, brisées même sans avoir rien fait, d'avoir « les chairs comme meurtries », d'avoir les membres endoloris « comme si elles avaient été rouées de coups, etc. » Et ce même symptôme n'est pas sans se présenter quelquefois chez l'homme.

Or, où localiser cette courbature, et quelle modalité intime lui supposer? De cela nous ne savons absolument rien, pas plus du

reste que nous ne savons où réside et en quoi consiste la courbature simple, vulgaire.

II. — Non moins indéterminées comme siège se présentent en second lieu nombre de **douleurs secondaires**, que nos malades nous accusent fréquemment en divers points du corps, dans les pieds, au thorax, à l'abdomen, etc. Bien souvent je me suis évertué à localiser telle ou telle de ces douleurs, en interrogeant d'une façon minutieuse les sensations des malades ; et bien souvent aussi, je dois le dire, je n'ai pas été assez habile pour en découvrir le siège précis, anatomique. En général, d'ailleurs, ces douleurs sont assez indécises pour que les malades eux-mêmes ne sachent guère où elles résident et ne puissent à ce propos renseigner le médecin que d'une façon très insuffisante.

« Deux exemples entre mille, disais-je dans une de mes leçons de Lourcine. Voici une malade affectée de toute une série d'accidents spécifiques secondaires, syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, céphalée, arthralgies, périostites tibiales, etc. Elle se plaint à nous depuis plusieurs jours de vives douleurs dans l'avant-bras et la main, douleurs s'exaspérant la nuit, se calmant dans la journée, mais laissant dans tout le membre une sorte de malaise tel que les fonctions de la main sont presque abolies. Cette femme essaie-t-elle de coudre qu'aussitôt « l'avant-bras et les doigts « deviennent le siège d'un agacement extraordinaire et d'une angoisse « des plus pénibles ». Or, où localiser de tels symptômes? L'exploration physique la plus minutieuse ne révèle aucune lésion; la pression sur les muscles, sur les os, sur les tendons, sur les jointures, ne provoque de souffrance spéciale en aucun point. Que peuvent être de telles douleurs? Je m'avoue incompétent à en déterminer l'origine.

« Autre cas analogue. — Cette seconde malade, également syphilitique et en pleine période secondaire, accuse dans les membres inférieurs « des douleurs vives, rendant la marche difficile et pénible, « redoublant d'acuité la nuit et empêchant tout sommeil ». Eh bien, où résident ces douleurs? D'abord, la malade n'en sait rien elle-même, comme elle le dit; elle ne peut assigner aucun foyer précis à ses souffrances. Puis, venez-vous à pratiquer un examen direct, vous ne constatez partout que des signes négatifs. Ce n'est pas évidemment une névralgie qui se trouve en cause. Serait-ce plutôt une périostite, une myosalgie, une ténosite, une arthralgie? Mais les articulations, les muscles, les tendons, les os, explorés avec un soin minutieux, restent partout indolents à la pression. Bref, une investigation des plus attentives ne nous apprend rien sur l'origine des douleurs en question, et force est bien, dans ce cas comme dans le précédent, de constater le phénomène *sans pouvoir en déterminer le siège.* »

III. — A cet ordre de manifestations à siège vague, indéterminé, appartiennent encore certains phénomènes bizarres qui sont d'observation assez fréquente. Tel est, pour n'en plus citer qu'un exemple, **l'engourdissement nocturne des membres** pendant le sommeil. Les femmes syphilitiques de nos salles nous racontent parfois ceci : lorsqu'elles se réveillent la nuit ou le matin, elles peuvent à peine remuer leurs membres, tant ils sont lourds ; leurs jambes, leurs bras leur semblent comme paralysés, comme « morts ». Le matin, elles ont les mains « gourdes », percluses ; elles ne peuvent serrer les objets, les tenir avec sûreté ; elles s'habillent maladroitement ; à plus forte raison seraient-elles incapables d'un travail exigeant une certaine dextérité, une certaine agilité des doigts. Puis, cet état singulier se dissipe peu à peu, à mesure que les membres s'exercent, et, au bout de quelques heures, « il n'y paraît plus ». Que sont de tels symptômes, que l'on observe assez souvent, je le répète, et dont la liaison avec la syphilis ne saurait rester douteuse ? Ont-ils leur siège dans les muscles, dans les tendons, dans le système nerveux affecté suivant un mode qui nous échappe ? Je l'ignore, et je me borne pour l'instant à enregistrer ces phénomènes, sans en connaître ni le siège ni la raison anatomique.

IV. — Et, pour continuer à parler de choses dont nous ignorons le pourquoi, qu'est-ce donc aussi que cet attribut singulier, propre à la plupart des douleurs précédentes, d'apparaître ou de s'exaspérer le soir ou la nuit, pour s'apaiser, soit relativement, soit absolument, pendant le jour ? Qu'est-ce donc, d'une façon générale, que ce **paroxysme vespérin** ou **nocturne** des douleurs syphilitiques ? J'accorde qu'on ait exagéré beaucoup le caractère nocturne de la vérole et que surtout on en ait surfait la valeur séméiologique. Car, d'une part, il n'est pas que la vérole qui subisse du fait de la nuit une influence exacerbante ; et, d'autre part, certaines douleurs syphilitiques sont aussi bien diurnes que nocturnes ; on en voit même parfois (exceptionnellement, je l'avoue) qui sont calmées par le sommeil et le repos de la nuit. Toujours est-il, et cela d'une façon non contestable, que, chez la plupart des malades, les douleurs syphilitiques apparaissent de préférence soit vers le soir, à cinq ou six heures de l'après-midi, à la tombée du jour, soit dans le cours de la nuit. Les nuits des syphilitiques sont parfois terribles, cela est de notion vulgaire, cela a été remarqué dès les premiers temps du Mal français.

Or, quelle raison donner à ce phénomène ? On a dit que cette apparition ou cette exaspération de la douleur pendant la nuit était affaire de calorique, et qu'on en trouvait l'explication toute naturelle dans la chaleur du lit. Cette interprétation est évidemment très défectueuse. Elle n'est applicable du reste qu'à l'ordre de cas où les malades souffrent au lit ; elle ne l'est pas aux cas tout aussi

nombreux dans lesquels la douleur commence à se manifester vers le soir, régulièrement, à heure fixe, et alors que les malades sont encore *levés*. Très certainement, donc, il est une autre influence qui préside aux paroxysmes vespérins ou nocturnes de la vérole et qui régit la périodicité presque fatale de quelques-unes de ses douleurs. Très certainement aussi cette influence est d'origine spécifique. Mais quelle est-elle, en somme? Nous ne pouvons qu'en constater les effets sans en pénétrer la nature, et mieux vaut avouer notre ignorance sur ce point que la dissimuler par des raisons insuffisantes.

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'ŒIL

La syphilis secondaire affecte fréquemment les différentes parties constitutives du système oculaire, ou plutôt, disons mieux, est susceptible de les affecter toutes, avec une fréquence d'ailleurs très inégale.

I. — D'abord, elle se porte très communément sur les PAUPIÈRES.

1. Le département cutané des paupières est le siège fréquent de syphilides de tout ordre, parmi lesquelles figure au premier rang la syphilide papulo-squameuse dans ses diverses variétés.

A tout instant on rencontre des malades qui présentent, au niveau de la paupière supérieure (bien plus fréquemment affectée que l'inférieure), des papules plates, orbiculaires, squameuses ou squamelleuses. — La seule particularité objective qu'offrent les lésions de ce siège, consiste parfois en une strie transverse ou légèrement curviligne que détermine sur l'aire de la papule le plissement normal des voiles palpébraux. Il est même possible que cette strie dégénère en un sillon sub-érosif.

Détail digne de mention : quelquefois la syphilide papuleuse s'étale *en nappe* sur les paupières, notamment sur le segment inférieur de la paupière supérieure, et cela du grand angle au petit angle de l'œil. Tout le segment palpébral infiltré de la sorte se présente alors avec une coloration d'un rouge sombre très accentué ; — il est notablement tuméfié ; — et surtout, il offre au toucher une résistance particulière, qui, doublée par l'induration propre du cartilage tarse, a plus d'une fois donné le change pour une infiltration maligne de la région. Aussi bien, cette **syphilide palpébrale en nappe**, pour qui ne l'a pas observée une ou quelques fois, est-elle matière à surprise et à erreurs diagnostiques dont je pourrais citer plusieurs exemples.

II. De même, sur le département muqueux des paupières, on observe fréquemment des syphilides muqueuses ou humides. Ces syphilides sont particulièrement communes au niveau des commissures palpébrales, où elles constituent des lésions bilabiées, « en feuillets de livre » ou mieux en Y, qui ont été décrites précédemment (V. p. 539).

II. — Conjonctive. — La conjonctive n'est intéressée par la syphilis secondaire que d'une façon exceptionnelle.

Je n'ai rencontré que trois fois, dans toute ma carrière, de véritables syphilides de la conjonctive bulbaire, sous forme de petites papules lenticulaires, arrondies de contour, rosées et dessinant un léger relief. Ces syphilides ont guéri très rapidement sous l'influence d'un attouchement au crayon de nitrate, suivi de quelques menus soins (ablutions, collyre, etc.).

Il est moins rare d'observer des syphilides érosives ou papulo-érosives sur la conjonctive palpébrale, aux environs du bord ciliaire. Parfois ces syphilides empiètent sur ce bord ciliaire et constituent là un liséré croûtelleux qui agglutine et raidit les cils.

Existe-t-il une véritable *conjonctivite secondaire*? Quelques cas ont été publiés sous ce titre (Goldzieher, Goldberg, etc.), et l'on a même décrit, d'après eux, deux prétendues formes de conjonctivite syphilitique, forme hyperémique et forme pseudo-granuleuse. Je n'ai jamais rien rencontré de semblable, pour ma part, et plusieurs ophthalmologistes des plus compétents, que j'ai consultés sur ce point, m'ont dit de même n'avoir rien observé qui réponde au type d'une conjonctivite essentielle de nature syphilitique (1).

On a parlé aussi d'une *dacryocystite secondaire*. M. le Dr Valude a produit, à ce sujet, le fait intéressant d'une malade qui, coïncidemment avec divers accidents de syphilis secondaire, présenta une dacryocys-

(1) V., à ce sujet, un intéressant travail de M. le Dr J. Narjoux, *De la syphilis secondaire de la conjonctive*, Thèse de Lyon, 1895.

Je dois dire cependant que, depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, j'ai rencontré un fait qui m'a paru favorable à l'existence d'une entité morbide méritant le nom de *Conjonctivite secondaire*.

Ce fait est relatif à une jeune femme qui, affectée de syphilis depuis trois ans et demi, fréquente habituellement la policlinique de Saint-Louis. A maintes reprises nous l'avons vue affectée de diverses manifestations spécifiques, notamment d'une glossite desquamative à retours incessants et d'une conjonctivite double que, tout d'abord, nous avons considérée comme d'ordre banal. Mais, dernièrement, cette femme étant revenue à la Clinique pour une nouvelle récidive de glossite et de conjonctivite, nous l'avons interrogée avec plus de soin relativement à ce dernier accident, et nous avons appris d'elle ceci : que, depuis trois ans, elle est devenue sujette, sans avoir rien éprouvé de semblable auparavant, à des « maux d'yeux » persistants, qu'on a toujours qualifiés du nom de « conjonctivite » ; — que ces maux d'yeux se sont presque toujours produits avec d'autres manifestations de syphilis ; — et qu'enfin « de tous les remèdes qu'on lui a prescrits contre ces ophthalmies, c'est l'iodure de potassium qui lui réussit le mieux et toujours ». Examinée avec soin, cette ophthalmie consiste en une conjonctivite double, moyenne comme intensité, et ne se différenciant par aucun signe de la conjonctivite vulgaire. Il n'est pas à nier cependant que, dans le cas actuel, certaines raisons ne pourraient militer en faveur de la qualité spécifique de cette conjonctivite, à savoir : d'une part, l'absence absolue de toute cause autre que la syphilis pour expliquer cet accident ; — ses retours fréquents, depuis la contamination spécifique et en pleine période secondaire ; — et ses retours en coïncidence usuelle avec d'autres manifestations spécifiques.

Si quelques nouveaux cas analogues venaient à se présenter à mon observation, j'avoue que je serais fort enclin à regarder comme démontrée l'existence d'une conjonctivite spécifique secondaire, qu'il me paraît encore imprudent d'admettre, quant à présent tout au moins.

tite sub-aiguë et en guérit sous la seule influence du traitement antisyphilitique.

III. — Cornée. — La cornée n'est intéressée par la syphilis secondaire que d'une façon assez rare, et le plus souvent en coïncidence avec l'iris.

Ces kératites secondaires se présentent sous trois formes.

1° **Kératite ponctuée**. — Cette première forme (qui s'observe souvent en connexion avec l'iritis spécifique dont la description va bientôt suivre) se caractérise objectivement par une série de petites taches cornéales extrêmement fines, punctiformes, devenant quelquefois un peu plus grosses par coalescence, et d'aspect blanc grisâtre. Avec la loupe on reconnaît à l'éclairage oblique que ces taches sont situées sur la face postérieure de la cornée, au niveau de la membrane de Descemet ; d'où le nom de *Descemétite*, sous lequel on les a quelquefois décrites.

Ces taches semblent consister en des précipitations cellulaires provenant de l'exsudat qui remplit la chambre antérieure et devenues adhérentes à la face postérieure de la cornée. Conséquemment, il ne s'agirait pas là d'une kératite vraie, mais d'un simple épiphénomène d'irido-cyclite.

Cependant Mauthner dit avoir observé une véritable kératite ponctuée consistant en des troubles de transparence qui se produisent, non plus à la surface, mais dans la trame même de la cornée. Alexander, paraît-il, aurait également constaté des taches analogues en coïncidence avec l'iritis. Serait-ce là une modalité anormale de la descemétite ? Impossible encore de rien affirmer à ce sujet.

2° **Kératite interstitielle**. — Très commune dans la syphilis héréditaire, cette forme ne s'observe que d'une façon rare dans la syphilis acquise. Il y aurait exagération toutefois à la taxer d'exceptionnelle.

On l'a dite « notablement tardive ». C'est une erreur. Le plus souvent elle se produit au cours de la seconde année, plus rarement de la troisième.

A cela près de quelques particularités de second rang, elle reproduit exactement le tableau de la kératite interstitielle de provenance hérédo-syphilitique. Ce tableau devant trouver place dans une autre partie de cet ouvrage, je ne ferai qu'en résumer ici les traits principaux.

Première période. — Début toujours insidieux, sans douleurs et sans réaction, notamment sans injection de la conjonctive. — Premier symptôme consistant en un certain trouble de la vision, que les malades qualifient du nom de « brouillard devant les yeux ». — Puis, apparition, soit au centre, soit à la périphérie de la cornée, de

petits *points grisâtres*, ténus, occupant l'épaisseur même de la cornée où ils figurent un semis de verre pilé. — Multiplication et élargissement de ces points, qui deviennent de petites taches, en conservant toujours leur ton grisâtre. — Entre ces taches, cornée perdant quelque peu de sa transparence, devenant nébuleuse, et rappelant l'aspect d'un verre à vitre sur lequel on a soufflé. — A ce moment, début de *vascularisation* de la cornée ; développement de vaisseaux superficiels et surtout de vaisseaux *profonds* intra-cornéens, lesquels pénètrent entre les lames de la membrane et se ramifient en pinceaux.

Seconde période (période dite d'apogée ou d'*opacification inflammatoire*). — Beaucoup plus longue que la précédente et constituée par un double processus, à savoir :

1° Opacification cornéale se complétant, au point que la pupille et l'iris ne se distinguent plus que confusément, ou même ne se distinguent plus du tout.

2° Vascularisation se multipliant et envahissant le parenchyme cornéen.

De là double conséquence :

1° Objectivement, modification absolue de la cornée qui, suivant l'abondance de la vascularisation, prend tel ou tel des trois aspects suivants :

Dans un premier degré, correspondant à une vascularisation moyenne, apparence rosée, dite teinte *saumon*.

Dans un second degré, répondant à une vascularisation intense, aspect rougeâtre ou rouge (cornée *cerise*).

Enfin, dans un troisième, vascularisation tellement confluente qu'elle simule une *tache de sang*. On croirait, au premier abord, avoir affaire à un épanchement sanguin interlamellaire ; l'examen à la loupe permet seul de dissocier cette apparence de tache et d'y reconnaître un lacis de capillaires dense et serré.

2° Comme seconde conséquence, troubles fonctionnels importants, naturellement variables suivant le degré d'altération survenue dans la transparence de la cornée, c'est-à-dire : simple obscurcissement de la vue quand la cornée n'est que modérément affectée ; — mais *cécité* véritable, quand la vascularisation est intense et l'opacité absolue.

A cela se joignent des phénomènes de réaction locale : photophobie, blépharospasme, épiphora, douleur oculaire avec irradiations, etc. — Ces derniers symptômes n'atteignent guère qu'une intensité au plus moyenne, inférieure à celle qu'ils affectent dans nombre d'autres kératites. Ils sont d'ailleurs très variables suivant les formes de la maladie. — D'après le Dr Trousseau, l'acuité de ces phénomènes réactionnels serait notablement moindre dans la kératite par syphilis acquise que dans la kératite par hérédo-syphilis.

Troisième période ou *période de régression*. — Très longue également. — Constituée encore par deux processus : processus régressif

de la vascularisation, qui peut disparaître d'une façon intégrale ou incomplète; — et résorption ou organisation définitive des infiltrats cornéens.

De ce dernier phénomène dépend le sort ultime de la maladie. Si la résorption des opacités cornéales se fait d'une façon complète, la cornée reprend sa transparence normale (*Restitutio ad integrum*). — Si elle ne se produit que d'une façon incomplète, la cornée reste définitivement nuageuse (*néphélion*) ou même opaque à divers degrés (*albugo*, *leucome*), et cela soit dans une grande partie de son étendue, soit dans un segment isolé.

Évolution, durée. — Affection très généralement mono-oculaire à son début, mais présentant une tendance marquée à devenir bilatérale.

Évolution lente.

Durée ne s'abaissant jamais au-dessous de six semaines à deux mois; — plus habituellement se prolongeant trois et quatre mois. — Encore faut-il souvent plusieurs mois en plus pour obtenir un éclaircissement complet de la cornée.

Variétés. — Nombreuses. — A ne citer que les principales :

1° *Variétés de degré*, comme intensité de symptômes. — Il y a des cas légers, se bornant à quelques taches centrales ou périphériques de la cornée, et guérissant d'une façon rapide. — Inversement, il est des cas très graves, laissant presque toujours, quoi qu'on fasse, des taches blanches et indélébiles.

2° *Variétés de forme.* — Forme aiguë ou subaiguë, à symptômes réactionnels très accentués, — et forme torpide, où les lésions cornéales se constituent pour ainsi dire à froid, avec un processus congestif tout à fait minime.

3° *Variétés à complications surajoutées.* — Très communément, complication d'iritis sous une forme légère, simplement hyperémique ; quelquefois, iritis véritable. — Complication possible de choroïdite.

Pronostic. — Toujours sérieux, en raison des reliquats possibles de l'affection qui compromettent la vision à des degrés variables ; — mais relativement favorable, en raison de l'action thérapeutique puissante qu'exerce sur l'affection le traitement spécifique.

Rechutes assez fréquentes.

Récidives rares.

Traitement. — Nécessité d'une intervention à la fois *énergique* et *prolongée* par les agents spécifiques. — Le mercure est ici le remède de choix, et son action résolutive est bien supérieure à celle de l'iodure. — Au début, indication de « faire feu de toutes pièces », c'est-à-dire de recourir au traitement mixte, en vue d'enrayer le plus tôt possible l'évolution morbide. — Plus tard, alterner le mercure et l'iodure. — On ne saurait dire encore si la méthode des injections

de calomel exerce sur cette variété de kératite l'action intensive qui lui est propre en d'autres cas.

Traitement local : Tenir l'œil à l'abri de toute excitation. — Recourir à l'atropine en vue de modérer l'éréthisme local et de prévenir ou de combattre l'iritis. — Chaleur humide, sous forme de douches de vapeur (appareil de Lourenço) et de fomentations chaudes, prolongées de vingt à vingt-cinq minutes et répétées plusieurs fois par jour (1).

3° Enfin, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, on a vu, sur des malades en pleine évolution secondaire, de minimes *papules*, de caractère presque incontestablement syphilitique, se constituer à la circonférence de la cornée.

IV. — Iris. — **IRITIS SECONDAIRE.** — Pour être la plus commune des ophthalmies secondaires, l'iritis n'est cependant qu'une manifestation peu fréquente de syphilis. Il n'est, par exemple, au point de vue de la fréquence, aucune assimilation à établir entre elle et les syphilides, les plaques muqueuses, les adénopathies, etc. Ces derniers symptômes figurent presque obligatoirement dans le cortège de la syphilis secondaire ; l'iritis, au contraire, n'y prend place que d'une façon relativement rare, c'est-à-dire (très approximativement) de trois à cinq fois sur cent malades. — Je ferai remarquer toutefois qu'il y a une difficulté insurmontable à déterminer exactement le degré de fréquence de cette manifestation, car les malades qui en sont affectés ne viennent pas tous se faire traiter dans les services spéciaux de vénéréologie ; une bonne partie en est dérivée par les dispensaires d'ophthalmologie.

L'iritis est la plus *précoce* des ophthalmies spécifiques. On la voit assez souvent entrer en scène du quatrième au sixième mois de l'infection. Plus habituellement elle apparaît au cours du second semestre ou dans la deuxième année. Au delà de ce terme elle devient de plus en plus rare.

Étiologie. — Comme seul point essentiel de ce chapitre, relevons ceci : L'iritis est un *symptôme rare des syphilis bénignes* et, tout au contraire, un *symptôme fréquent des syphilis intenses ou graves.* Non pas, à coup sûr, qu'elle ait toujours besoin d'une syphilis particulièrement menaçante pour se produire, car on la rencontre quelquefois au cours de syphilis ordinaires ou moyennes ; mais elle offre incontestablement une préférence marquée pour les syphilis qui dépassent comme intensité un niveau moyen. Très fréquemment elle prend place au nombre des symptômes qui constituent les syphilis graves, tout au moins importantes par la multiplicité et la

(1) Pour de plus amples détails, je renvoie le lecteur à la description que j'ai donnée de cette affection (quant à sa forme héréditaire) dans mon livre sur la *Syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.

modalité sévère de leurs manifestations. Et l'on a dit avec toute justesse qu'elle était le plus habituellement « le témoignage ou le présage de *mauvaises* syphilis ».

A cela près, étiologie presque muette. Sans doute, en quelques cas exceptionnels, on a pu voir l'affection succéder à une excitation quelconque de l'œil (lumière vive, travail à la lumière du gaz, veilles prolongées, poussières irritantes, fumée de tabac, refroidissements, etc.). Mais, pour l'immense majorité des cas, elle se produit sans cause appréciable, sans appel local, et sous la seule influence de l'état infectieux.

Ajoutons qu'elle est d'observation notablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Mais cette différence n'est-elle pas précisément en rapport avec l'inégalité de fréquence de la syphilis d'un sexe à l'autre? C'est là un point qui reste à élucider.

Symptômes. — *Début.* — L'iritis syphilitique n'est pas de ces lésions qui débutent avec fracas et dont l'importance se révèle dès le premier instant. Tout au contraire, elle affecte une modalité de début sourde et insidieuse. Pendant quelques jours elle ne consiste, pour les malades, qu'en un peu de rougeur de l'œil, avec quelques douleurs orbitaires et périorbitaires. Si bien qu'elle est prise par eux pour une simple conjonctivite, pour un de ces maux d'yeux courants qui « s'en vont comme ils sont venus ». « Je croyais avoir attrapé un coup d'air sur l'œil, » vous disent la plupart des malades.

Inversement, pour le médecin, existent déjà, à cette époque tout à fait initiale de l'affection, *trois signes* des plus caractéristiques, trois signes dénonciateurs de l'iritis, sur lesquels je ne saurais assez insister, à savoir : Injection radiée périkératique; — myosis inflammatoire; — paresse ou déjà même immobilité de la pupille. — Je précise.

1° **Injection radiée périkératique.** — Au pourtour de la cornée ou tout au moins sur un large segment de son pourtour on constate une arborisation radiée, c'est-à-dire un faisceau de rayons vasculaires divergents, à la façon des rayons qui émergent d'un disque lumineux. Ces rayons ne sont rien autre que les vaisseaux ciliaires antérieurs (artères et veines) qui vont à l'iris ou qui en reviennent. Leur dilatation traduit donc formellement un état d'hyperémie ou de phlegmasie de la membrane irienne.

2° **Myosis inflammatoire**, constitué par un état de resserrement, de contraction permanente de la pupille. La pupille de l'œil affecté est plus petite, notablement plus petite que celle de l'œil sain. — Or, ce rétrécissement pupillaire dénonce, lui aussi, une phlegmasie irienne.

3° **Paresse** ou, déjà même, **immobilité de la pupille.** — Chacun connaît les résultats de la petite expérience suivante : Si l'on vient, sur un sujet sain, à fermer l'œil pour un instant, puis à l'ouvrir

ensuite d'une façon brusque, on voit la pupille de cet œil, qui s'était largement dilatée pendant l'occlusion de la paupière, se rétrécir tout aussitôt dès qu'elle est frappée par le retour de la lumière. Or, soumettez à cette expérience l'œil d'un malade affecté d'iritis, vous constaterez : 1° que la pupille ne se dilate pas, ou ne se dilate que très incomplètement pendant l'occlusion des paupières; — 2° qu'elle ne se rétrécit pas ou qu'elle ne se rétrécit que très incomplètement quand l'œil vient à être ouvert. Donc, paresse ou immobilité de la pupille, voilà ce qui ressort de cet examen. Eh bien, cela dénonce l'inflammation irienne; cela veut dire que déjà, sous l'influence d'un processus phlegmasique, les mouvements de la pupille commencent à être entravés par des infiltrats d'exsudation.

Les trois symptômes que je viens de décrire sont contemporains et connexes. Ils forment une triade tout à fait caractéristique; car, si chacun d'eux témoigne d'une phlegmasie irienne qui se prépare, *a fortiori* leur ensemble comporte-t-il une signification plus précise.

Dépister l'iritis à ses débuts, afin de conjurer le danger principal qui peut en dériver, à savoir les adhérences, les synéchies, tout est là pour le pronostic. C'est dire quel intérêt se rattache à la triade en question, qui fixe le diagnostic dès les premiers jours de la maladie.

Période d'état. — A la période d'état, l'iritis spécifique est constituée par deux ordres de symptômes, des troubles fonctionnels et des signes objectifs.

I. — Les troubles fonctionnels consistent en des phénomènes douloureux et des altérations de la vue.

Les *phénomènes douloureux* sont très variables d'intensité d'un cas à un autre. Le plus habituellement ils se réduisent à ceci : douleurs orbitaires et péri-orbitaires de degré léger ou tout au plus moyen; peu ou pas de larmoiement; peu ou pas de photophobie. — En quelques cas seulement, ils atteignent une acuité notable, sous forme de névralgies ciliaires bien accentuées, avec irradiations dans l'orbite et la tempe, hémicranie, éréthisme douloureux de tout le globe oculaire, larmoiement, photophobie.

Mêmes variétés comme *troubles visuels*, très inégaux d'un malade à un autre. C'est qu'en effet ces troubles de la vue ne sont que la conséquence, l'expression d'incidents phlegmasiques surajoutés et éventuels, tels que formation d'un nuage dans l'humeur aqueuse ou d'exsudats organisés dans le champ pupillaire. Si ces incidents viennent à faire défaut ou ne se produisent que sous une forme bénigne, la vision ne se trouve affectée qu'à un faible degré. Le malade, alors, n'accuse qu'un « brouillard devant l'œil », mais il distingue encore nettement les objets; ainsi, il peut voir l'heure à une montre, parfois même lire un livre dont les caractères ne sont pas très fins. C'est là l'ordre de cas le plus commun. — Inversement,

dans les formes plus sérieuses avec exsudats inflammatoires, la vision devient très imparfaite ; la lecture alors est absolument impossible, et les gros objets seuls restent perceptibles. Il est même des cas où le malade dit « ne plus rien voir » et distinguer seulement le jour de la nuit.

II. — Beaucoup plus importants pour la séméiologie sont les *signes objectifs*, qui, seuls, peuvent renseigner sur la nature exacte de la lésion.

Ceux-ci, tous précis, formels, essentiels à consulter pour le diagnostic, sont au nombre de cinq, à savoir :

1° **Injection radiée périkératique**. — L'œil est rouge, mais rouge d'une certaine façon, à savoir rouge par injection zonulaire et radiée, c'est-à-dire par arborisation vasculaire semblant émerger en rayons du pourtour de la cornée. Ce n'est là que l'injection de la phase morbide initiale, mais exagérée, étendue, et couvrant tout le segment sclérotical accessible à l'examen.

Cette injection est plus ou moins intense. — Alors qu'elle atteint un haut degré, elle devient violacée et peut se compliquer d'un certain œdème du tissu cellulaire sous-conjonctival, œdème qui, dans les formes sérieuses, aboutit (mais rarement) à constituer un véritable chémosis péri-cornéal.

2° **Immobilité de la pupille en myosis**. — D'une part, la pupille (à moins, bien entendu, que les agents mydriatiques n'aient été déjà mis en œuvre) apparaît petite, resserrée, contractée. — D'autre part et surtout, elle est immobilisée, c'est-à-dire non susceptible de ses alternances physiologiques de dilatation et de constriction. Pourquoi ? Parce qu'elle est entravée, fixée, figée (qu'on me passe le mot) par des exsudats inflammatoires interstitiels et périphériques.

3° **Déformation de la circonférence pupillaire**. — Quand la pupille est très resserrée, elle peut conserver sa forme circulaire. Mais, dans les cas beaucoup plus communs où sa rétraction n'est que moyenne, sa circonférence est remarquable par ses irrégularités. Elle est déformée et capricieusement déformée, sinueuse, frangée, semée de petites encoches.

Et cette déformation s'accroît encore lorsqu'on vient à « forcer » la dilatation pupillaire par un mydriatique, tel que l'atropine. La pupille, en effet, n'obéit plus alors que partiellement à l'agent mydriatique, en ce sens qu'elle se dilate seulement là où elle est encore susceptible de se dilater, mais qu'elle ne se dilate plus là où elle est retenue, fixée par des adhérences avec les tissus voisins. Conséquence : elle perd absolument sa forme usuelle pour affecter toutes formes anormales, irrégulières, indescriptibles et forcément variables d'un sujet à un autre. C'est en pareils cas qu'on l'a vue représenter tantôt un trèfle, tantôt un cœur de cartes à jouer, tantôt un haricot, un 8, une frange à segments multiples de circonférence, etc., etc. ;

toutes irrégularités de hasard, exclusivement imputables aux synéchies et non pas (comme on le croyait autrefois) à la spécificité morbide.

Immédiatement donnons place ici à un autre symptôme de même provenance, mais d'observation beaucoup plus rare. Quelquefois on constate, indépendamment des phénomènes précités, la présence sur la face antérieure du cristallin de petits *points* ou de *tachettes d'un noir d'encre*. Qu'est-ce que cela ? Tout simplement des lambeaux d'uvée détachés de la face postérieure de l'iris après rupture d'adhérences irido-cristalliniennes. Au moment où s'est fait le décollement de ces adhérences sous l'influence d'un effort mydriatique, l'iris ne s'est détaché de la cristalloïde qu'en y laissant des fragments de son tissu propre, et ce sont lesdits fragments uvéens, colorés d'un beau noir, que l'on aperçoit, à travers la pupille, sur la face antérieure du cristallin. (Symptôme banal, du reste, qui se rencontre dans toutes les iritis plastiques alors que l'atropine n'a pas été instillée dès le début.)

Ces lambeaux d'uvée figurent soit de petits points, soit de petites traînées de formes irrégulières. — Le semis punctiforme ainsi constitué est toujours disposé suivant un trajet circulaire qui correspond à la circonférence de la pupille avant la dilatation déterminée par les agents mydriatiques.

4° **Modification de teinte de l'iris**. — Remarquable surtout par comparaison avec l'œil sain. — D'une part, l'iris malade offre une surface d'aspect dépoli ; d'autre part, sa couleur normale s'est altérée, en prenant une tonalité ou plus foncée, ou plus verdâtre, ou d'un rouge fauve. Il n'est pas rare d'y observer de petits îlots d'une teinte rousse ou d'un rouge jaunâtre.

5° **Syphilides iriennes**. — On appelle de ce nom, par comparaison avec les exanthèmes cutanés, les infiltrats qui se produisent dans l'épaisseur de l'iris.

Ces infiltrats se présentent sous trois formes, d'après leur degré de développement.

1° Dans leur forme la plus atténuée (qui est la plus difficilement perceptible), ils ne consistent qu'en un très léger épaississement de la membrane irienne, lequel se traduit par un soulèvement circonscrit et minime à la surface de l'iris. — Une lésion d'aussi faible importance est absolument faite pour échapper à l'attention. On ne l'apprécie guère qu'en examinant l'œil à la loupe avec un bon éclairage oblique. A la vérité, on s'en rend mieux compte alors qu'elle occupe le petit cercle de l'iris, au niveau de l'orifice pupillaire, parce que là on aperçoit le rebord pupillaire qui, au lieu d'être mince et tranchant, se présente avec un épaississement appréciable.

2° Dans une seconde forme, l'infiltrat irien forme une saillie plus accentuée, une véritable bosselure. Circulaire de contour et convexe

de surface, cette bosselure peut être comparée comme étendue et comme forme soit à une petite lentille, soit à une demi-tête d'épingle. Elle constitue donc une saillie qui ne saurait être méconnue. — C'est là le « soulèvement papuloïde », la « *papule plate* » de l'iris, assez semblable en effet à la papule plate de la peau ou des muqueuses. Simple forme de transition à la suivante, laquelle constitue la « tumeur irienne ».

3° La *tumeur irienne* (souvent décrite sous les noms de condylome, papule, végétation, gomme, pustule, abcès de l'iris) est constituée par ceci : une forte saillie granuleuse développée à la surface de la membrane irienne et formant à ce niveau une véritable *tumeur* ; — tumeur hémisphérique ou légèrement acuminée ; — circulaire de contour ; — généralement comparable comme volume à un petit grain de millet ou à une tête d'épingle, exceptionnellement à un demi-grain d'orge, à un demi-grain de blé ; — variable de couleur, mais le plus habituellement de teinte *rouillée*, quelquefois jaunâtre ou d'un jaune fauve, roux, quelquefois d'un jaune émaillé de rouge.

Le plus souvent il n'existe qu'une seule de ces tumeurs. Il n'est pas rare, cependant, d'en observer deux ou même trois. On dit en avoir rencontré quatre.

Le siège usuel, favori, de ces tumeurs est l'une ou l'autre des circonférences iriennes, mais bien plus fréquemment le bord pupillaire. — Plus rarement elles affectent la région moyenne de l'iris.

Que sont ces tumeurs iriennes ? De vieille date la clinique en avait pressenti la nature en disant : « Ce sont des lésions analogues aux lésions cutanées de la syphilis; ce sont des syphilides de l'œil, des syphilides de l'iris. » On avait même tenté d'établir une relation de forme entre ces lésions iriennes et les lésions cutanées, en ajoutant ceci : « Les syphilides ont leurs formes correspondantes sur l'iris. Ainsi, à la roséole correspond l'iritis érythémateuse, simplement constituée par une légère boursouflure de l'iris ; — à la syphilide papuleuse, l'iritis papuleuse ; — aux syphilides tuberculeuses et gommeuses, les tubercules ou gommes de l'iris. » Et il est de fait que cette assimilation se trouve parfois légitimée en clinique par une indéniable relation de modalité éruptive entre les lésions cutanées et les lésions iriennes.

Or, cette prévision de la clinique s'est trouvée vérifiée par l'histologie. Plusieurs fois ces tumeurs iriennes ont été excisées, puis soumises à l'examen microscopique, et invariablement on y a constaté les éléments cellulaires et la structure histologique générale qui constituent la papule ou la gomme des téguments cutanés.

De sorte que, très sûrement, ces lésions iriennes ne sont rien autre que des néoplasmes identiques à ceux d'où résultent les

syphilides cutanées. S'il en est ainsi, quelle raison aurait-on de leur refuser le qualificatif de *syphilides iriennes*?

De là, alors, une conception possible de l'iritis syphilitique, laquelle ne serait qu'un *ensemble de troubles réactionnels symptomatiques de syphilides développées sur l'iris*. On objectera bien à cela que les syphilides n'éveillent à la peau ni réaction inflammatoire ni troubles fonctionnels. Mais tout est affaire de siège, et il n'est rien d'étonnant à ce que des syphilides développées sur un système aussi complexe, aussi vasculaire, aussi éréthique que l'iris, déterminent là une irritation symptomatique qui se traduit par l'injection vasculaire et le trouble des fonctions dévolues à l'organe.

Aux deux ordres de symptômes qui précèdent se réduit, en général, la scène morbide. L'iritis syphilitique, en effet, reste presque toujours une affection purement *locale*, à cela près de quelques phénomènes sympathiques qui peuvent surgir sur des sujets nerveux et irritables.

Formes. — L'iritis est loin d'affecter en tous les cas une égale intensité de symptômes. De là trois formes, à savoir :

1° Une forme *légère* (dite parfois iritis séreuse), caractérisée par une injection périkératique peu intense, une absence presque complète de douleurs et de troubles visuels, une absence absolue de néoplasmes iriens, une faible tendance aux exsudats, une terminaison indemne d'adhérences, etc.

2° Une forme *grave*, constituée par un ensemble de symptômes précisément inverses, à savoir : injection vive de l'œil, quelquefois avec œdème conjonctival et chémosis ; — phénomènes douloureux très accentués ; — troubles visuels intenses, dus soit à des nébulosités de la chambre antérieure, soit à des exsudats déposés sur le champ pupillaire ; — syphilides iriennes volumineuses et souvent multiples ; — déformation, rétraction et immobilisation absolue de la pupille ; — tendance aux complications, telles notamment que cyclite et choroïdite.

3° Et, enfin, une forme *moyenne*, intermédiaire aux deux précédentes comme intensité de symptômes et susceptible elle-même de nombreux degrés.

Évolution. — L'iritis syphilitique n'évolue que d'une façon assez lente, « moins à la façon d'une inflammation que d'une syphilide irienne ».

Dans ses formes légères, elle cède au traitement dans l'espace de douze à quinze jours. Dans ses formes moyennes, elle affecte une durée variable entre trois et quatre septénaires. — Dans ses formes graves, elle peut persister six, sept, huit semaines, voire davantage et jusqu'à trois mois, a-t-on dit.

Terminaisons. — Trois ordres de terminaison possible, à savoir :

1° Guérison complète, avec *restitutio ad integrum*. C'est là le

fait de beaucoup le plus commun, alors que le traitement intervient à temps.

2° Guérison *avec reliquats*, mais avec reliquats ne constituant pas de troubles fonctionnels importants. — Dans cet ordre de cas, encore assez commun, ce qui subsiste, après disparition des phénomènes inflammatoires, c'est ou bien un certain état de déformation pupillaire, due à des synéchies définitives, ou bien un léger semis de taches pigmentaires sur la cristalloïde.

3° *Infirmités visuelles consécutives*, c'est-à-dire disparition de la maladie quant à ses phénomènes inflammatoires, mais persistance de *reliquats* compromettant, à des degrés divers, les fonctions de la pupille et de la vue, tels que :

Immobilisation et atrésie de la pupille, résultat ou bien de *synéchies marginales* entre l'iris et la cristalloïde, ou bien d'*accolement pariétal membraneux* entre cette dernière membrane et la face postérieure du diaphragme irien ;

Obstruction partielle, voire (exceptionnellement) plus ou moins complète, *du champ pupillaire* par des exsudats membraneux, constituant ce qu'on appelle des cataractes pupillaires;

Quelquefois encore, mais très rarement, atrophies partielles et cicatrices interstitielles de l'iris.

Inutile de dire que de telles lésions entraînent forcément à leur suite des troubles visuels plus ou moins accentués, pouvant aller jusqu'à la cécité presque complète et même absolue.

Pronostic. — La possibilité de ces dernières terminaisons assombrit singulièrement le pronostic de l'iritis. Disons toutefois qu'elles sont rares, absolument rares, et exclusivement propres à deux ordres de cas, à savoir : ou bien à certains cas (tout à fait exceptionnels) d'iritis originairement graves développées au cours de syphilis graves; — ou bien aux cas usuels soit abandonnés à leur évolution propre, soit tardivement ou timidement traités. La règle, au contraire, pour les cas soumis à une thérapeutique rationnelle, c'est la guérison. Tout dépend en l'espèce du traitement, et l'on a pu dire sans exagération que « avec un bon diagnostic, du mercure et de l'atropine, le médecin est maître de la situation ».

Cependant diverses tendances de la maladie ne laissent pas de constituer, pour certains cas, des complications plus ou moins importantes, à savoir :

1° Tendance indéniable à la *bilatéralité*. — Assez fréquemment les deux yeux sont intéressés, non pas d'emblée, mais successivement. C'est-à-dire que l'iritis, suivant l'expression vulgaire, « passe volontiers d'un œil à l'autre ».

2° Tendance aux *récidives*. — Ces récidives ne sont pas rares, et peut-être bien les reliquats laissés par une première atteinte ne leur sont-ils pas étrangers.

3° *Propagation à la choroïde.* — Complication assez commune et constituant, en l'espèce, le *véritable danger*. D'une façon ou d'une autre on vient généralement à bout d'une iritis, et l'art, au besoin, peut en réparer les dommages. Mais, pour la choroïdite, c'est une autre affaire. Avec une choroïdite la vision se trouve en cause, et gravement; elle peut être altérée, compromise, abolie. De Wecker et Landolt ont dit expressément ceci, et avec toute raison : « Ce qui doit surtout préoccuper le médecin, lorsqu'il se trouve aux prises avec une iritis, c'est la crainte de voir l'inflammation irienne gagner la choroïde. »

4° Notons enfin, mais à titre tout à fait exceptionnel, le danger de l'*ophthalmie sympathique*, consécutive aux névralgies ciliaires que peuvent solliciter et entretenir les adhérences iriennes.

Au total, donc, l'iritis spécifique comporte certains dangers sérieux. Mais ces dangers sont de ceux qu'il n'est pas impossible de conjurer par un diagnostic précoce de l'affection et une thérapeutique bien dirigée.

Diagnostic. — A dessein je répète que le salut de l'œil est dans une intervention énergique et hâtive, basée sur un diagnostic immédiat.

Or, dépister une iritis naissante est chose facile de par la triade symptomatologique qui compose le début de la maladie. Pour avoir longuement décrit cette triade précédemment, je n'ai plus qu'à en rappeler ici les éléments, à savoir : injection radiée périkératique; — myosis inflammatoire; — paresse ou immobilité pupillaire.

Quant au diagnostic de la maladie à sa période d'état, il est patent, il s'impose de par les phénomènes douloureux et surtout de par les cinq signes objectifs susénoncés, qu'il serait superflu de reproduire.

Mais, l'iritis constatée comme lésion, reste ce qu'on appelle le *diagnostic de nature*. Quelle est cette iritis? Procède-t-elle ou non de la syphilis ? Car il n'est pas que des iritis syphilitiques, bien entendu ; il est des iritis rhumatismales, goutteuses, scrofuleuses, blennorrhagiques, etc., sans parler même de celles qui peuvent être symptomatiques de lésions oculaires. Or, toutes ces iritis ont un fonds de symptômes communs, analogues ou identiques, soit comme signes objectifs, soit surtout comme troubles fonctionnels. La question est donc de rechercher si l'iritis syphilitique peut être différenciée comme nature des iritis d'autre provenance, des iritis « vulgaires », comme on les appelle par opposition avec l'iritis spécifique de la vérole.

Eh bien, ce diagnostic de nature repose sur quatre considérations que voici :

I. — *Antécédents* ou *symptômes concomitants de syphilis.* — Comme toute manifestation secondaire, l'iritis spécifique a forcément derrière elle un *passé* de syphilis, c'est-à-dire des antécédents divers d'infection spécifique, tels que chancre, adénopathies, éruptions, plaques muqueuses, etc. — De plus, elle est très généralement

« encadrée » par divers accidents spécifiques contemporains, et cela parce qu'elle est le plus souvent l'expression de syphilis sinon toujours graves, au moins intenses et prodigues en manifestations.

Mais, pour excellent qu'il soit, ce premier signe ne suffit pas à attester nécessairement la qualité syphilitique de l'iritis; car rien n'empêche un sujet syphilitique de contracter une iritis indépendante de la syphilis. Voyons donc si, d'autre part, l'iritis syphilitique ne présente pas quelques particularités qui soient de nature à en attester la spécificité d'origine.

Eh bien, tout n'est pas identique entre l'iritis de la vérole et les iritis vulgaires, d'origine non spécifique. Si l'on analyse minutieusement la symptomatologie propre aux phlegmasies iriennes de la syphilis, on arrive à lui reconnaître certains caractères, certaines particularités qui leur impriment un cachet tant soit peu spécial et qui peuvent, en bon nombre de cas, les différencier des phlegmasies d'autre nature. Ces caractères sont les suivants :

II. — En premier lieu, *teneur subaiguë* de la maladie.

L'iritis syphilitique a d'abord un *début assez froid*. Elle ne s'annonce pas avec fracas, à la façon d'une phlegmasie aiguë, d'une inflammation véritable. Loin de là ; elle procède lentement, à petits pas, si je puis ainsi dire, sourdement, insidieusement. Elle est, en réalité, peu de chose à son berceau; si bien qu'on ne la croirait guère, à la voir s'annoncer de la sorte, susceptible d'aboutir à des lésions sérieuses.

Dans une phase plus avancée, c'est encore une affection *subaiguë* plutôt que réellement aiguë. *Elle n'a pas les symptômes violents d'une inflammation franche*; elle est plus modérée, plus calme dans son allure que les iritis d'autre origine; elle est *moins inflammatoire*, en un mot. Bien que comportant les caractères d'une phlegmasie, elle conserve, en effet, une certaine teneur froide, aphlegmasique. Elle est à l'iritis vulgaire (cette comparaison fera comprendre ma pensée) ce qu'un exanthème syphilitique est à une éruption fébrile, ce que la roséole, par exemple, est à la rougeole (1).

III. — Autre point : l'iritis syphilitique est *bien plus indolente* que les autres variétés d'iritis.

Cela n'est, à vrai dire, qu'un corollaire de la proposition qui précède. Car, la douleur se mesurant en général à l'intensité du processus phlegmasique, il est tout naturel que l'iritis spécifique, variété relativement froide, soit moins douloureuse que d'autres variétés de caractère plus franchement inflammatoire.

(1) Il faut reconnaître toutefois qu'en certains cas l'iritis syphilitique présente de réels phénomènes d'acuité : douleurs oculaires assez vives, irradiations névralgiques dans le crâne, photophobie, larmoiement, insomnie, agitation, voire certain degré de réaction fébrile, etc. — Ces cas sont rares. Ils constituent ce qu'on pourrait appeler la *forme aiguë*, ou mieux *névralgique* de l'affection.

Il n'est même pas rare que l'iritis syphilitique soit presque indolente. Sur nombre de malades je l'ai vue ne déterminer que d'insignifiantes douleurs orbitaires et rester exempte de toute irradiation névralgique, de larmoiement et de photophobie. C'est là ce qu'on pourrait appeler la forme *froide* de l'affection.

De là cet enseignement pratique que je ne cesse de répéter à mes élèves : Lorsque vous rencontrerez une iritis qui évolue sans grands phénomènes d'acuité, qui a débuté lentement et sourdement, qui n'excite que peu de douleurs, peu ou pas de larmoiement, peu ou pas de photophobie, qui n'a qu'un cercle périkératique peu développé ; lorsque, dis-je, vous rencontrerez une iritis qui procède en apparence de la façon la plus bénigne, *qui n'inquiète pas les malades*, qui les laisse presque indifférents, méfiez-vous ; méfiez-vous, car il y a toute chance en ces conditions pour que la vérole soit en cause. Recherchez donc la vérole, et presque toujours vous la trouverez comme origine de la phlegmasie oculaire.

IV. — Dernier signe plus caractéristique encore que les précédents : Présence à la surface de l'iris, spécialement au niveau du cercle pupillaire, de ces petites tumeurs papuleuses que nous avons qualifiées du terme de *syphilides iriennes*. — On a beaucoup discuté sur la valeur séméiologique de ces productions néoplasiques, les uns les donnant comme caractéristiques, « pathognomoniques » de la syphilis, les autres soutenant que des lésions analogues ou semblables peuvent se rencontrer avec des iritis d'autre nature, par exemple avec des iritis scrofuleuses. En définitive il semble acquis que, dans les cas où de tels néoplasmes iriens se présentent *bien constitués*, sous forme de granulations saillantes, circonscrites, du volume d'une tête d'épingle et d'une coloration fauve ou rougeâtre, ils témoignent presque sûrement d'une origine syphilitique, car des productions de cet ordre ne s'observent avec les caractères susdits dans aucune iritis de provenance non spécifique.

En résumé, donc, au point de vue clinique, trois caractères, presque toujours associés, impriment communément à l'iritis syphilitique un cachet spécial et contribuent à la différencier des iritis vulgaires. Et ces trois caractères sont, je le répète :

1° La teneur subaiguë de la maladie ;

2° Son indolence relative ;

3° Et surtout le développement à la surface de l'iris d'une sorte d'énanthème papuleux.

Traitement. — Deux mots le résument, au moins dans ses éléments essentiels, à savoir : *mercure* et *atropine* ; — mercure, comme modificateur spécifique, comme remède de fond, si je puis ainsi parler ; — atropine, comme moyen de conjurer le danger principal de la maladie, en dilatant et maintenant dilatée la pupille. Ajoutons

que, sans doute aussi, ce merveilleux remède agit en l'espèce soit comme antiphlogistique, en réduisant mécaniquement de volume les vaisseaux iriens, soit comme sédatif, en mettant l'œil « en état de repos », cela par son action paralysante sur le muscle accommodateur. En tout cas, c'est un fait certain que, d'une façon ou d'une autre, il calme très efficacement la douleur.

Pour le mercure, on croyait autrefois à la nécessité de l'administrer *largâ manu*, suivant l'expression consacrée, et l'on ne reculait pas, comme exemple, devant des doses quotidiennes de 15, 20, 25 centigrammes de protoiodure, voire davantage encore. C'était là une exagération dont l'expérience a fait justice. Sans doute il convient d'intervenir par une mercurialisation active, mais des doses moyennes (soit 10 à 12 centigrammes de protoiodure quotidiennement) sont amplement suffisantes à l'effet curatif que l'on recherche, du moins pour la grande majorité des cas. — Soit dit au passage, le protoiodure m'a toujours paru préférable en l'espèce aux différentes préparations de sublimé.

Le traitement par frictions ou par injections peut, au besoin, suppléer à l'administration interne du mercure.

L'iodure de potassium, employé seul, se montre très peu efficace. — Le plus souvent il n'y a pas indication de l'associer au mercure. — En certains cas graves, cependant, le traitement mixte a paru fournir de bons résultats.

Quant à l'action mydriatique, on peut la produire de diverses façons. Le moyen le plus simple et le plus sûr consiste dans le collyre à l'atropine, suivant la formule suivante :

Eau distillée.....	10 grammes.
Sulfate neutre d'atropine.....	2 centigrammes.

M.

Pour un collyre, dont on instillera deux gouttes dans l'œil, de trois à six fois dans les vingt-quatre heures, suivant le degré de rétrécissement de la pupille et suivant aussi l'effet produit.

La dilatation de la pupille sera facilement obtenue de la sorte, à moins que l'on ne soit intervenu trop tardivement. Elle devra être maintenue en l'état jusqu'à disparition absolue des phénomènes morbides.

Ce traitement sera complété comme il suit : repos de la vue (proscrire la lecture, même par l'œil sain) ; — soustraire l'œil malade à l'action de la lumière par un carré de soie noire flottant au devant de l'œil, ou bien par des conserves de teinte fumée ; — fomentations émollientes, employées chaudes ; — alitement, dans les formes un peu sévères.

D'autre part, la prédominance de divers symptômes donne parfois lieu à des indications particulières. Ainsi, dans les formes aiguës à

processus inflammatoire très accentué, on s'est quelquefois bien trouvé d'associer au traitement qui précède l'emploi d'émissions sanguines locales (six sangsues à la tempe, une ou deux fois), de fomentations émollientes continues, de frictions mercurielles belladonées autour de l'orbite, de dérivatifs intestinaux, de préparations opiacées, etc.

En cas de douleurs vives, on aura recours aux fomentations émollientes, aux sédatifs locaux, à l'opium, au bromure, voire, si besoin est, aux injections de morphine.

La paracentèse cornéale a été proposée comme moyen d'amender les douleurs et le processus phlegmasique en diminuant la tension intra-oculaire. Je ne suis pas autorisé, faute d'expérience spéciale, à juger une telle méthode ; mais il me sera bien permis de dire que, d'une part, je n'ai pas encore rencontré un seul cas où la nécessité de cette opération se soit imposée, et, d'autre part, que j'ai eu plusieurs fois à constater les détestables résultats de cette méthode. Comme exemple, je citerai le cas d'un jeune homme qui, traité sans mercure, mais par ponctions multiples, pour une iritis syphilitique, resta complètement *aveugle* d'un œil, et cela en raison d'opacités cornéales qu'il serait injuste d'attribuer à la maladie.

Dernier point. L'iritis syphilitique est, on le sait, sujette à récidive, et cela soit sur le même œil, soit sur l'œil opposé. Parfois aussi elle n'est que le prélude d'autres accidents oculaires plus graves affectant les membranes profondes de l'œil. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, qu'un de mes malades, deux mois après guérison d'une iritis double, fut pris d'une choroïdite des plus intenses. Il y a lieu, donc, pour se tenir en garde contre ces récidives et ces complications ultérieures, d'*insister sur le traitement spécifique longtemps après guérison*, c'est-à-dire : 1° de continuer un certain temps la médication mercurielle après disparition complète des accidents ; — 2° d'y revenir à assez bref délai, après avoir accordé au malade un certain temps de repos et de désaccoutumance ; — 3° enfin, de la mettre en œuvre une série de fois au cours des années suivantes.

V. — D'autres déterminations oculaires, telles que choroïdite, névrite optique, rétinite, etc., ont été parfois observées au cours de la période secondaire. La choroïdite, notamment, s'y présente d'une façon assez fréquente, surtout comme épiphénomène de l'iritis. Mais, ces diverses variétés d'ophthalmies spécifiques faisant bien plus habituellement partie de la série tertiaire, la description que je dois leur consacrer sera mieux à sa place dans le second volume de cet ouvrage.

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OREILLE (1).

A sa période secondaire, la syphilis peut déterminer, du côté de l'organe de l'ouïe, des lésions multiples, dont la gravité varie suivant le siège qu'elles occupent.

Elle est susceptible d'affecter, mais avec une fréquence inégale, tous les districts de l'appareil auditif, à savoir :

Le pavillon;

Le conduit auditif externe;

La trompe d'Eustache;

L'oreille moyenne;

L'oreille interne.

I. — Le **pavillon** ne doit être cité ici que pour mémoire. Faire l'histoire des lésions spécifiques qui l'envahissent serait rééditer celle des syphilides cutanées, dont elles ne diffèrent en rien.

II. — Les **syphilides du conduit auditif externe**, sans être plus spéciales, se recommandent cependant à l'attention par quelques détails cliniques qui leur sont propres.

Ainsi, en raison de la conformation du canal dans lequel elles siègent, elles ont des conséquences particulières.

Une des premières est l'*atrésie du conduit* auditif externe, résultant de l'infiltration périphérique. Cette atrésie détermine une *diminution plus ou moins notable de l'acuité auditive.*

Puis, sèches à leur début, ces syphilides ne tardent pas à devenir érosives et à sécréter un liquide purulent, lequel, en raison de l'atrésie concomitante, tend à stagner dans le conduit. De cette stagnation dans un milieu déjà infiltré et ulcéré résulte bientôt une véritable dermite, laquelle aboutit à son tour, comme conséquence inévitable, à une *otite externe diffuse.*

Cette otite est très douloureuse; elle empêche notamment la mastication, le condyle de l'articulation temporo-maxillaire venant, à chaque mouvement des mâchoires, exercer une compression sur les surfaces enflammées.

Le diagnostic de ces syphilides est facile, aussi bien en raison de leur aspect *sui generis* que de la présence habituelle d'autres accidents spécifiques contemporains.

Toutefois, lorsqu'elles revêtent le type papulo-hypertrophique, elles peuvent être confondues avec les végétations polypeuses de l'oreille. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que, dans certains cas, elles ressemblent d'une façon absolue, comme aspect et

(1) Ce chapitre a pour auteur M. le Dr Hermet.

comme forme, aux polypes non pédiculés, à large base d'implantation. Il est arrivé à plus d'un auriste de les opérer avec le serre-nœud, comme un polype ordinaire.

Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides du conduit, qu'elles soient papuleuses, érosives, papulo-érosives ou hypertrophiques, affectent toujours une longue durée (de plusieurs semaines à plusieurs mois).

Tout au contraire, convenablement traitées, elles guérissent en quelques jours.

Voici le plus simple et le meilleur traitement à leur opposer. Après avoir pratiqué un abondant lavage du conduit avec un liquide antiseptique (eau bouillie, additionnée d'acide borique ou de liqueur de Van Swieten), on cautérise toute la surface des lésions soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution concentrée du même sel dont on imprègne un tampon d'ouate proportionné comme volume au diamètre du conduit. — Consécutivement, pansement avec ouate sèche.

Ces cautérisations doivent être renouvelées tous les jours jusqu'à guérison.

Elles sont quelquefois douloureuses. Il convient, dans ce cas, de les faire précéder d'un badigeonnage à la cocaïne (de 10 à 15 p. 100).

Les lavages doivent être faits aussi souvent que la sécrétion du pus l'exige. Il y a, en effet, un intérêt majeur à prévenir la stagnation de produits septiques dans le conduit auditif.

III. — **Trompe d'Eustache.** — En raison de ses rapports anatomiques avec les amygdales, le pharynx, les piliers et la luette, la trompe d'Eustache est une des localisations les plus habituelles de la syphilis secondaire.

C'est qu'en effet les plaques muqueuses abondent et surabondent, comme on le sait, au voisinage de la trompe. L'inflammation qu'elles importent là et que leur persistance y entretient peut finir par se propager à la muqueuse eustachienne. La trompe alors s'enflamme *symptomatiquement*. Or, comme elle est très étroite, la moindre phlegmasie suffit à en obstruer le calibre. Et tout aussitôt entrent en scène divers accidents qui constituent la symptomatologie usuelle et banale de l'*obstruction de la trompe*.

Ces accidents sont les suivants :

1° *Surdité*, dont l'intensité est proportionnelle au degré d'obstruction ;

2° *Bourdonnements*, dont le timbre est invariablement le même, à savoir : le bruit que provoque l'application d'un coquillage contre l'oreille ;

3° Quelquefois, mais seulement dans les cas d'obstruction totale, *vertiges*, résultant de la compression du liquide labyrinthique. En effet, la pression atmosphérique sur la membrane du tympan,

n'étant plus contre-balancée par celle de l'air qui normalement doit être contenu dans l'oreille moyenne, vient enfoncer la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale.

Voilà pour les symptômes subjectifs.

Quant aux symptômes objectifs, ils sont fournis par l'examen direct de l'oreille et de la gorge. Ils consistent en ceci :

Au spéculum, la membrane du tympan apparaît *concave*, appliquée, pour ainsi dire, contre la paroi interne de la caisse ; — le manche du marteau prend alors, de ce fait, une direction oblique qui le fait paraître raccourci.

Le cathétérisme de la trompe permet de constater son obstruction, l'air n'arrivant pas jusqu'à l'oreille moyenne.

Dans la gorge, on trouve, soit sur les amygdales, soit sur les piliers, soit sur la luette, des plaques muqueuses avec leur zone inflammatoire habituelle. De là, conséquemment, tous symptômes usuels de la pharyngite, rougeur, infiltration, douleur, etc...

Enfin, lorsqu'on soupçonne la présence de plaques sur les pavillons des trompes, il faut, pour les apercevoir, pratiquer la rhinoscopie postérieure.

L'intensité des phénomènes auriculaires est subordonnée à l'intensité de la pharyngite ; c'est dire que chez les fumeurs, les buveurs, etc., la surdité est plus considérable. — Elle dure aussi longtemps que la cause occasionnelle dont elle dérive.

Toute tentative de guérison par un traitement purement auriculaire est inutile, un débouchage de la trompe ne donnant que des résultats momentanés. De plus, à la période aiguë, le cathétérisme et la douche d'air ne sont pas sans danger ; car, avec ces procédés, on risque de refouler dans la caisse les mucosités toxiques du pharynx et de déterminer ainsi une otite moyenne purulente.

Il est donc préférable à tous égards de différer le traitement local jusqu'à guérison des plaques muqueuses.

A ce moment, il suffit, dans l'immense majorité des cas, d'un seul cathétérisme pour faire disparaître la surdité et les bourdonnements.

Mais l'inflammation de la trompe n'est pas seulement importante par elle-même. Elle l'est aussi et surtout, ainsi qu'on va le voir, en tant qu'intermédiaire possible entre les lésions de la gorge et l'oreille moyenne.

IV. — **Oreille moyenne.** — **L'otite moyenne purulente** n'est qu'un accident assez rare dans la période secondaire de la syphilis.

Jadis on la croyait *primitive*, spontanée, directe, à la façon, par exemple, de l'iritis syphilitique. Et c'est là une erreur qui s'explique ; car, à cette époque, on ne disposait pas des moyens d'investigation dont on dispose aujourd'hui. La rhinoscopie postérieure était encore inconnue, et il était par conséquent impossible de contrôler l'état des pavillons des trompes.

Mais, depuis qu'on sait éclairer les recoins les plus cachés du pharynx, cette otite n'est plus considérée, de l'aveu général, qu'au titre d'une affection secondaire, *deutéropathique*, dérivant par l'intermédiaire de la trompe de lésions gutturales. C'est donc, purement et simplement, un épiphénomène de ces lésions.

De cela voici la preuve. Étant donnée une otite moyenne survenue au cours de la période secondaire, on trouve invariablement, alors qu'on prend soin de pratiquer la rhinoscopie postérieure, une ou quelques plaques muqueuses au voisinage du pavillon de la trompe correspondant à l'oreille affectée. Il est bien manifeste, en ces conditions, que l'otite n'est qu'une extension, une propagation, par l'intermédiaire de la trompe, de l'inflammation de l'arrière-gorge.

Aussi bien, lorsqu'un syphilitique vient à se plaindre de douleurs auriculaires, l'obligation s'impose-t-elle au médecin d'inspecter non seulement l'oreille, mais l'arrière-gorge, et cela par les procédés de la rhinoscopie postérieure.

Que trouve-t-on alors? Ceci, sans parler, comme anamnèse constante, de douleurs pharyngiennes et auriculaires violentes avec irradiations craniennes :

Du côté de l'oreille, tous signes usuels d'otite moyenne : membrane tympanique hyperémiée, rouge et d'un rouge vif; — en plus, convexe en dehors (repoussée qu'elle est par l'exsudat purulent contenu dans la cavité de la caisse); — surdité.

Du côté de la gorge, lésions spécifiques, sous forme de plaques muqueuses, avec zone inflammatoire périphérique; — et notamment, d'une façon presque invariable, localisation d'une de ces plaques sur le pavillon.

Pronostic. Traitement. — Cette otite secondaire de la syphilis est grave au titre de toutes les affections aiguës de la caisse. C'est assez dire qu'il faut la traiter énergiquement, et cela dès l'invasion de son premier symptôme. — Comment?

Je dirai d'abord qu'il est peu de secours à attendre, pour soulager l'acuité des douleurs, d'une foule de moyens qu'on trouve recommandés partout, tels que : applications d'eau froide ou d'eau chaude, cataplasmes laudanisés, instillation de gouttes calmantes, saignées, etc. L'antipyrine et les sels de quinine restent le plus souvent sans résultats. Seule, la morphine en injections parvient à apaiser quelque peu la douleur.

Mais voici qui est plus important : instituer une asepsie rigoureuse des premières voies respiratoires; — cautérisations des plaques gutturales au nitrate d'argent; — gargarismes émollients très fréquemment répétés; — suppression de toute cause susceptible d'irriter une muqueuse déjà enflammée (tabac, alcool); — et surtout, pardessus tout, intervention chirurgicale hâtive, laquelle calme immé-

diatement la douleur et le processus hyperémique dans des proportions considérables.

Donc, dès que l'on constate la *voussure pathognomonique* du tympan, l'indication formelle est de pratiquer la paracentèse et de la pratiquer largement, suivant un manuel opératoire que je n'ai pas à décrire ici (1).

Que s'il s'est déjà fait une perforation avant l'examen du médecin, juger si elle est suffisante à permettre le libre écoulement du pus, et, au cas contraire, l'élargir.

Pour être une opération facile et simple, cette paracentèse n'en est pas moins une opération douloureuse. Il y a donc indication à la faire précéder d'instillations dans le conduit auditif d'une solution de cocaïne (de 10 à 15 p. 100), cela pendant une dizaine de minutes. — A noter que la cocaïne n'agit pas seulement comme anesthésique local; elle jouit aussi, bien sûrement, de propriétés décongestives.

Dès que la paracentèse a été pratiquée, il convient de faire passer une douche d'air par insufflation avec la poire de Politzer, pour évacuer absolument la caisse et refouler dans le conduit auditif tout le liquide qu'elle contient. — Laver alors ce conduit par une injection d'eau tiède, préalablement stérilisée par ébullition.

Ces lavages (toujours précédés d'une douche d'air) seront renouvelés plusieurs fois par jour. Combien de fois? Aussi souvent que cela sera nécessaire pour éviter la stagnation du pus, c'est-à-dire plusieurs fois par jour dans les premiers temps. Au delà, lorsque la sécrétion diminue, deux par jour deviennent suffisants. C'est dire que la fréquence des lavages reste subordonnée à l'abondance de la suppuration.

Dans l'intervalle de ces lavages, le conduit auditif sera bourré de gaze iodoformée ou salolée.

Bien entendu, malade à la chambre pendant toute la durée de ce traitement. — En cas d'élévation de température, sels de quinine.

La durée moyenne d'une telle affection n'est guère inférieure à six semaines.

Sa terminaison est toujours favorable alors que le traitement est intervenu de bonne heure. La *restitutio ad integrum* se fait même d'une façon complète en ce sens que la perforation se cicatrise et que l'ouïe redevient normale.

V. — **Oreille interne.** — L'oreille interne n'est que très rarement affectée au cours de l'étape secondaire; mais, quand cela lui arrive, c'est toujours d'une façon grave, et des plus graves.

Et, en effet, le type pathologique que l'on rencontre en l'espèce n'est rien moins que cette terrible, cette lamentable forme de surdité à laquelle, non sans raison, on a donné le nom de **SURDITÉ FOUDROYANTE.**

(1) Je prie le lecteur de se reporter sur ce point à mes *Leçons sur les maladies de l'oreille*. Paris, 1892.

Cette surdité foudroyante, je n'ai pas à la décrire ici, puisque, constituant en général une manifestation d'ordre tertiaire, elle a sa place naturelle dans une autre partie de cet ouvrage. En quelques mots, seulement, j'en résumerai les symptômes principaux.

Trois particularités en composent la caractéristique, à savoir :

1° Une surdité qui s'établit, se confirme et se complète d'une façon *incroyablement rapide*, c'est-à-dire en quelques semaines, voire en quelques jours (!). Elle débute de la façon la plus inopinée ; — puis elle s'accroît de jour en jour, littéralement, chaque période de vingt-quatre heures se signalant par un progrès notable dans l'affaiblissement de l'ouïe. Si bien que le malade peut devenir sourd en une quinzaine ou même plus hâtivement encore (six jours, dans un cas de Moos). — Et ce qu'il y a de pis, c'est que l'affection a tendance à se bilatéraliser.

2° Une *résistance presque constante à toute thérapeutique*.

3° L'*absence absolue de toute lésion appréciable*, soit du côté de l'oreille, soit du côté de la trompe. En sorte que l'on constate des symptômes fonctionnels, et des symptômes fonctionnels des plus intenses, sans en trouver la moindre raison dans l'examen otoscopique.

Cette affection étant encore peu connue, je crois qu'il ne sera pas sans utilité d'en produire ici un spécimen.

Une jeune fille de vingt-cinq ans, d'excellente constitution, absolument indemne de toute tare héréditaire, contracte la syphilis en mai 1884. — Traitement dès le début. — Comme symptômes, rien autre, dans les premiers mois, que quelques plaques muqueuses sur la langue et les amygdales.

Le 5 novembre, maux de tête. — Six jours après, en s'éveillant, cette jeune fille s'aperçut qu'elle « avait la bouche de travers et ne pouvait fermer l'œil gauche ». — Le lendemain, elle fut prise brusquement de bourdonnements d'oreille et d'étourdissements. Elle rentra chez elle et constata alors avec stupeur qu'elle entendait difficilement la voix de sa mère. — Le troisième jour, la surdité avait encore augmenté. — Bref, quelques jours après, la surdité était absolue, au point que la malade était obligée de se servir d'une ardoise pour correspondre avec sa famille.

Alors, traitements divers : pilules mercurielles, électricité, cathétérisme de la trompe, révulsifs sur les apophyses mastoïdes, etc. — Disparition rapide de la paralysie faciale, mais persistance d'une surdité complète.

En avril, la malade étant entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Pr Fournier, je l'examinai avec grand soin, après avoir appris d'elle ce qui précède. — Aucune perception auditive. — Appareil transmetteur absolument indemne. — Vibrations du diapason non perçues ni à distance ni sur les os du crâne.

Traitement spécifique — Courants continus. — 96 injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, suivant la méthode recommandée par M. le Dr Politzer. — Absolument aucune modification dans l'état de l'ouïe.

A diverses reprises depuis lors et ces derniers temps encore (1898), j'ai

revu cette jeune malade. Or, son état est toujours resté le même, en dépit de nombre d'autres tentatives thérapeutiques.

C'est donc prodigieux, on le voit. Une surdité qui s'établit soudainement, qui aboutit en quelques jours à l'abolition absolue de l'ouïe, puis qui persiste au delà d'une façon définitive, en résistant à tous les efforts de la thérapeutique, cela semble presque du roman.

Ajoutez encore que cette forme de surdité a pour habitude de faire invasion dans des syphilis par ailleurs très usuelles, bénignes même, et non entachées du moindre facteur de gravité.

Que peut-elle être donc ? Relève-t-elle d'une lésion du nerf auditif, ou bien d'un foyer plus profond, encéphalique, ou bien d'une apoplexie labyrinthique, etc. ? Les seuls renseignements dont nous disposions sur ce point nous sont fournis par une autopsie de Moos qui, dans un cas de ce genre (à savoir sur un sujet syphilitique devenu sourd en six jours et ayant succombé à une maladie intercurrente), a constaté ceci :

Le périoste vestibulaire était légèrement épaissi. — Le tissu cellulaire qui se trouve entre la paroi osseuse du vestibule et la paroi membraneuse était hyperplasié et infiltré de petites cellules.

L'infiltration cellulaire se retrouvait dans le périoste de la lame spirale osseuse et dans toutes les portions de la lame spirale membraneuse, mais était plus particulièrement marquée dans l'organe de Corti, dont il était impossible de distinguer les éléments.

Le tronc du nerf auditif n'était pas altéré.

D'après cela, donc, l'affection paraîtrait relever d'une lésion labyrinthique. Mais, bien manifestement, il ne saurait suffire d'une seule autopsie pour fixer une question de cet ordre.

En tout cas, ce qui est éminemment curieux, c'est que des lésions de ce genre puissent être appelées à se produire dans la période secondaire, voire dans les premiers temps de cette période, et qu'une fois produites elles ne soient plus sujettes à régression. Or, nul doute sur l'un et l'autre de ces points.

Ainsi, d'une part, on a observé plusieurs fois la surdité foudroyante au cours de la période secondaire et jusque dans les premiers mois de l'infection (exemples : au sixième mois dans un cas du Pr Fournier, au cinquième dans le cas précité).

Et, d'autre part (réserve faite pour un seul cas dont il va être question), l'affection est restée jusqu'à ce jour absolument rebelle à tous les efforts de la thérapeutique. Bien que traitée dès le début, bien que soumise à des médications énergiques et variées, elle n'a jamais rétrogradé, elle n'a jamais guéri. A ma connaissance, tous les malades qu'elle a rendus sourds sont restés définitivement sourds. Je ne connais à cette règle qu'une seule exception qui vient de m'être

communiquée par M. le Pr Fournier. Ce fait, qu'il a observé en ville avec MM. les Drs Hirschfeld et Landowski, mérite à coup sûr d'être enregistré ici. En voici le sommaire :

Homme de trente-six ans, bien constitué. — Syphilis en août. — Chancre induré, suivi de roséole. — Traitement depuis septembre par liqueur de Van Swieten et iodure de potassium alternativement.

En février, grippe légère, qui dure cinq jours. — A ce moment, l'oreille gauche s'affecte. Diminution de l'ouïe, et vertiges des plus intenses, au point que le malade trébuche. — Injections quotidiennes de peptonate (à 2 centigr.) et iodure de potassium, 5 gr. par jour. — Néanmoins l'ouïe diminue de jour en jour, et bientôt s'abolit absolument. Le malade en arrive à ne plus percevoir le diapason le plus aigu. — Vertiges disparus.

Vers la fin d'avril, l'oreille droite se prend à son tour. — Diminution extrêmement rapide de l'ouïe, voire appréciable d'un jour à l'autre (!).

Examen de l'une et l'autre oreille absolument négatif. — Aucune lésion appréciable. — Du reste, excellent état général ; appétit, toutes fonctions intactes. — Réflexes rotuliens conservés ; nul signe de tabès.

Le 14 mai, on décide de recourir aux *injections de calomel*, tout en continuant l'administration de l'iodure. — Six de ces injections sont pratiquées.

Le 11 juillet, amélioration surprenante. — Oreille droite entendant à 10 mètres. — Oreille gauche percevant la voix à un mètre. — On continue le traitement.

En novembre (d'après un renseignement qui vient de m'être fourni par le Dr Landowski), « l'état de l'ouïe s'est tellement amélioré que le malade entend le moindre chuchotement et distingue les paroles prononcées à voix basse ».

FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Deux erreurs ont longtemps eu cours dans la science relativement à la question qui va nous occuper.

D'après l'une, la syphilis serait foncièrement et essentiellement une maladie apyrétique, incapable de développer la fièvre. Un ancien n'avait-il pas dit : « Morbus gallicus est morbus absque febre. » ? « La vérole ne connaît pas la fièvre », avait-on répété à sa suite.

D'après la seconde des erreurs en question, la syphilis pourrait bien quelquefois déterminer des accidents fébriles, mais seulement à l'occasion et par l'intermédiaire de certaines de ses manifestations à processus inflammatoire ou éruptif. Des accidents fébriles « symptomatiques », voilà tout ce qu'on lui concédait autrefois.

Or, contradictoirement à ces vieux préjugés, l'observation moderne a établi :

1° Que la syphilis, loin d'être une affection invariablement apyrétique, est l'occasion fréquente d'accidents fébriles ;

2° Que ces accidents ne sont pas toujours — tant s'en faut — symptomatiques de manifestations locales ; — que, le plus souvent au contraire, ils se produisent sans intermédiaire, c'est-à-dire sans connexion avec tel ou tel symptôme diathésique ; auquel cas ils semblent bien dériver directement de l'infection et constituer, au sens précis du mot, une sorte de fièvre essentielle spécifique, une véritable *fièvre syphilitique*.

Fréquence. — De mes statistiques, comme de celles qui ont été citées par quelques observateurs, il ressort que les accidents fébriles sont à coup sûr *assez communs* au cours de la période secondaire et surtout dans les premiers temps de cette période.

Mais impossible de formuler numériquement cette fréquence. Car, pour établir une statistique à ce sujet, il faudrait suivre *tous* les malades d'un bout à l'autre de l'évolution secondaire, ce qui n'est pas réalisable dans la pratique hospitalière, ni même (sauf exceptions assez rares) dans la pratique de ville.

D'ailleurs, la fréquence des accidents fébriles d'origine spécifique est éminemment variable suivant des conditions multiples. Ainsi :

1° Fréquente chez la *femme* au cours de la période secondaire, la fièvre syphilitique est véritablement rare, tout à faire rare chez l'homme.

2° Elle est particulièrement fréquente chez les femmes *jeunes*, qui prennent la syphilis de seize à vingt ans. — Cette condition d'âge explique sans doute pourquoi elle se rencontre si fréquemment à Lourcine où abondent les jeunes prostituées.

3° Elle s'observe surtout dans les *syphilis de forme nerveuse*.

4° Enfin, remarque positive dont la singularité m'échappe, elle est infiniment plus commune à l'hôpital qu'en ville. A l'hôpital, j'en ai rencontré des centaines de cas ; peut-être n'en ai-je pas observé plus d'une trentaine en ville dans toute ma pratique.

Division. — Les accidents fébriles qui dérivent de la syphilis sont manifestement de deux ordres et composent ce qu'on peut appeler une *fièvre symptomatique* et une *fièvre essentielle*.

La première a son origine, sa cause, dans l'évolution d'un accident de la maladie.

La seconde se produit comme expression directe, immédiate, de l'infection, sans être reliée, subordonnée à tel ou tel accident contemporain de la maladie.

Ces deux types fébriles sont à la fois différents comme fréquence, comme pathogénie, comme évolution, comme durée, et aussi comme intérêt clinique. Quelques mots suffiront à caractériser le premier, tandis que le second devra nous occuper longuement.

I. — FIÈVRE SYMPTOMATIQUE. — Peu fréquente, et cela pour une raison très simple : c'est que les manifestations secondaires ont pour

caractère presque constant de se produire *à froid*, sans réaction, indépendamment de tout processus phlegmasique.

Parfois cependant il arrive qu'un molimen pyrétique prélude à certaines de ces manifestations ou les accompagne à leur début pendant un certain temps. C'est ainsi notamment que des accidents fébriles peuvent s'observer comme avant-coureurs des poussées éruptives de la période secondaire. Quelques syphilides (particulièrement celles qui sont remarquables par leur dissémination ou leur quasi-généralisation) se compliquent parfois de fièvre dans leur stade prodromique ou initial (*fièvre d'éruption*). — De même, on voit de temps à autre un certain ensemble fébrile se développer à l'occasion d'accidents spécifiques un peu aigus (iritis inflammatoire, périostite, arthrite, ténosite, pseudo-rhumatisme secondaire, adénopathies de forme suppurative, lymphangites, etc.), ou de complications incidentes.

Dans tous ces cas, il est bien évident que la fièvre qui coexiste avec de telles manifestations est déterminée par elles, qu'elle en est dépendante, qu'elle leur est subordonnée, bref et d'un seul mot qu'elle en est *symptomatique*.

Cette fièvre symptomatique n'offre rien de spécial comme caractères; elle ressemble à tout mouvement fébrile développé à l'occasion d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion quelconque. — Presque invariablement elle affecte le type continu. — Son intensité n'est jamais que médiocre ou moyenne. — Comme durée, enfin, elle est généralement courte. Éphémère en certains cas, elle ne dépasse guère au plus quatre ou cinq jours ; je ne l'ai vue que très exceptionnellement persister, avec des rémissions ou des reprises irrégulières, au delà de huit, dix ou douze jours.

Fièvre d'éruption. — Voilà le type le plus fréquent en l'espèce et de beaucoup le plus intéressant. Ce type consiste en un mouvement fébrile plus ou moins accentué qui prélude à l'invasion des syphilides et coexiste à leur épanouissement, pour tomber *sponte suâ* après une durée de quelques jours.

L'invasion fébrile s'observe-t-elle indifféremment avec toutes les syphilides secondaires? Non. Ainsi que je viens de le dire, elle s'observe presque exclusivement avec les syphilides généralisées, disséminées tout au moins, c'est-à-dire avec celles qui, par la multiplicité et l'éparpillement de leurs éléments éruptifs, tendent à se rapprocher des fièvres éruptives ou des pseudo-exanthèmes (roséole, syphilides papuleuses, syphilide herpétiforme ou varioliforme, etc.). Au contraire, elle fait défaut avec les syphilides régionales et circonscrites, telles, par exemple, que la syphilide palmaire.

Je produirai un spécimen de ces fièvres d'éruption. En l'espèce, il s'agit d'une roséole syphilitique qui a été précédée, puis accompagnée d'accidents fébriles. Or, le graphique reproduit ici nous permet de suivre exactement le processus morbide, à savoir :

Quatre jours avant l'apparition de la roséole, la température commence à s'élever (38°,2) ; — le second jour, elle atteint 38°,6 ; — puis 38°,7, le troisième ; — le quatrième, elle parvient à son apogée (39°,6), et c'est à ce moment précis que la roséole commence à poindre ; — tout aussitôt, la fièvre décroît, tout en subsistant encore

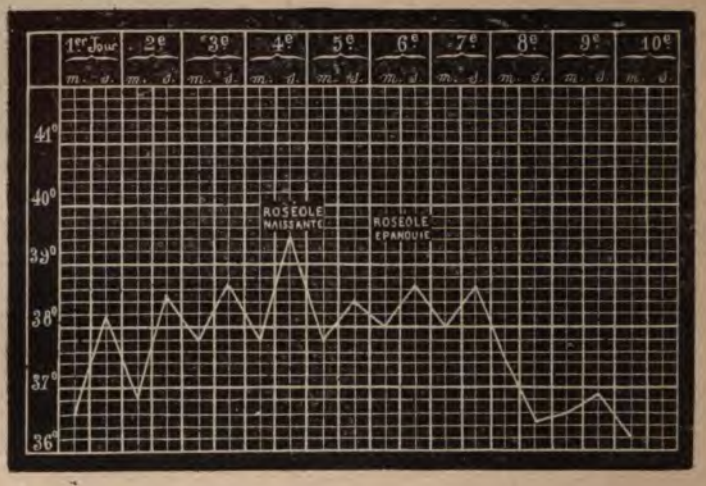


Fig. 1.

trois jours entre 38°,5 et 38°,8, laps de temps pendant lequel la roséole achève de s'épanouir. — Finalement, défervescence, à partir du huitième jour.

Cette courbe n'est-elle pas absolument significative, en montrant d'une façon aussi nette que possible la relation de la fièvre avec l'exanthème ? La fièvre est donc bien ici par excellence une *fièvre d'éruption*. Impossible de lui refuser ce caractère.

Or, ce qu'il importe de savoir pour la pratique, c'est que ces fièvres d'éruption de la syphilis sont l'origine de fréquentes *erreurs* diagnostiques, et cela toujours pour la même raison, à savoir parce qu'on se défie de la syphilis en tant qu'origine possible d'accidents fébriles, parce qu'étant donnée une fièvre, même chez un syphilitique, on commence toujours par exclure la syphilis comme cause possible de cette fièvre qu'on s'efforce de rattacher à n'importe quelle autre raison. En tout cas et quels qu'en soient les motifs, les erreurs surabondent à propos des fièvres en question. Quelques exemples ne seront pas inutiles à citer.

J'ai vu maintes fois des roséoles syphilitiques être prises, au moins à leur début, pour des « rougeoles frustes », des « rougeoles sans catarrhes », et cela en raison même des accidents fébriles qui leur avaient préludé et qui présidaient à leur éclosion.

L'année dernière, un malade de la ville est adressé à un hôpital comme affecté de variole. De cet hôpital on le dirige sur un service spécial de varioleux où il reste deux jours et d'où, alors, on nous l'expédie avec le diagnostic « syphilide ». Et, en effet, cette prétendue variole n'était qu'une syphilide papulo-acnéique, mais une syphilide dont l'invasion avait été marquée par un violent accès fébrile (39°,5), avec céphalalgie intense, myosalgies, rachialgie, etc.

Autre exemple, que j'emprunterai à l'un de mes distingués collègues et amis, le Dr Millard : Un malade arrive à l'hôpital Beaujon avec une fièvre intense et divers symptômes généraux qui éveillent le soupçon d'une dothiénentérie. — Deux jours ce diagnostic subsiste et semble se confirmer. — Mais, voici que, le troisième jour, apparaissent sur le corps de petites taches rosées, légèrement saillantes. On croit, après mûr examen, à une variole. — Puis, ces taches se développent et aboutissent en définitive à une splendide syphilide papuleuse, en même temps que la défervescence s'établit et que tous les autres phénomènes sympathiques s'évanouissent.

De telles erreurs sont le plus souvent des *surprises*, parce qu'on ignore les antécédents spécifiques des malades ou parce qu'on ne songe pas à les rechercher à propos d'une scène morbide qui semble n'avoir rien de commun avec la syphilis. Mais, d'autres fois, la méprise ou tout au moins l'impossibilité d'un diagnostic précis se produit en pleine connaissance de cause des antécédents, et cela parce que la fièvre spécifique peut se produire avec une allure, une physionomie qui rappelle absolument la fièvre prodromique des grandes pyrexies. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, que, dans un cas observé par le Dr Jullien, la fièvre prodromique d'une syphilide donna le change pour une fièvre prodromique de variole. La température dépassait 40° ; le pouls était fréquent, et la face extrêmement congestionnée ; le malade accusait une céphalée intense et de la rachialgie ; la prostration était absolue, etc. Si bien que M. Jullien, quoique sachant son malade syphilitique de fraîche date et s'attendant à une explosion spécifique, dut suspendre tout diagnostic jusqu'au quatrième jour, se demandant s'il allait avoir affaire à une syphilide ou à une variole. Puis, au quatrième jour, surgit une éruption qui ne fut autre qu'une syphilide pustuleuse, et la défervescence se fit alors brusquement.

II. — FIÈVRE ESSENTIELLE ou FIÈVRE SYPHILITIQUE proprement dite. — Celle-ci, je le rappelle, diffère essentiellement de la précédente en ce qu'elle se produit indépendamment de toute lésion, de toute manifestation capable de la motiver, de l'expliquer. Elle se produit à la façon d'un symptôme ayant son individualité propre, et paraît procéder directement de l'infection sans intermédiaire appréciable.

Elle est beaucoup plus commune que la fièvre symptomatique.

Échéance d'invasion. — La fièvre syphilitique paraît être une affection d'ordre à peu près exclusivement *secondaire*. On ne l'observe en effet ni avant la période secondaire, c'est-à-dire dans l'étape du chancre, ni au delà (sauf exceptions bien rares), c'est-à-dire en étape tertiaire. C'est donc, peut-on dire, un accident de syphilis jeune, de syphilis dans ses deux ou trois premières années.

Elle a, dans le stade secondaire, une époque de prédilection, à savoir *les premiers mois* (du troisième au sixième, tout au plus au huitième). — Elle peut même être très précoce. Ainsi, sur l'une de mes malades, qui avait été affectée de chancre dans les derniers jours du mois d'août, elle est apparue vers le 15 octobre, c'est-à-dire cinquante jours environ après le début même de l'infection.

Conditions étiologiques. — Une seule nous est bien connue et paraît prédominante en l'espèce, à savoir celle du *sexe*.

L'homme n'est que rarement affecté par la fièvre syphilitique. — Et, de plus, quand il en est affecté, il ne la présente jamais que dans ses types légers.

La femme, au contraire, est éminemment sujette à la fièvre syphilitique, et c'est chez elle exclusivement qu'on en observe les types sérieux, importants, prolongés, typhoïdiques.

Toutes les femmes n'y sont pas également prédisposées. On sait déjà par ce qui précède que la fièvre syphilitique est surtout l'apanage des femmes jeunes, nerveuses de tempérament, ou des femmes affectées de syphilis à forme nerveuse.

Formes cliniques. — La fièvre syphilitique est loin de se présenter toujours sous la même forme. D'abord, elle comporte des variétés nombreuses comme intensité de symptômes, c'est-à-dire comme accélération du pouls et élévation de la température, comme troubles sympathiques, comme durée, comme physionomie générale, etc. De plus (et ceci a une bien autre importance), elle est susceptible de *types* différents. Ainsi, tantôt elle procède par accès fébriles intermittents, séparés les uns des autres par une période intercalaire d'apyrexie; — tantôt elle prend le type d'une fièvre continue, avec ou sans exacerbations distinctes; tantôt, enfin, elle n'affecte plus qu'une marche irrégulière, presque désordonnée.

En autres termes, elle se présente cliniquement sous *trois formes*, à savoir :

1° Une forme intermittente;

2° Une forme continue;

3° Une forme atypique.

I. — **Forme intermittente (fièvre intermittente syphilitique).** — Le type intermittent est sans contredit celui qu'affecte le plus fréquemment la fièvre syphilitique de forme essentielle.

Il se caractérise nettement par une série d'*accès fébriles* plus ou moins réguliers comme apparition, souvent même périodiques,

presque toujours quotidiens, presque toujours aussi vespérins ou nocturnes, et séparés les uns des autres par des intervalles d'apyrexie complète.

Quelques détails.

Ces accès fébriles, tout d'abord, sont constitués par les phénomènes qui sont les éléments essentiels, communs, de toute fièvre, à savoir : accélération du pouls, élévation de la température, sentiment de malaise général, céphalalgie, brisement, troubles sympathiques, etc.

Dans leur forme la plus complète, ils se rapprochent plus ou moins de l'accès fébrile d'origine palustre, en ce sens qu'ils peuvent être décomposés en trois stades successifs où prédominent tour à tour le froid, la chaleur et les sueurs. Mais ils n'affectent que très rarement cette forme *parfaite*, s'il m'est permis de la qualifier ainsi. Ce serait donc une erreur grave que de donner l'accès palustre comme un représentant fidèle de l'accès syphilitique. Celui-ci, tout au contraire, diffère à plus d'un titre de celui-là. Il en diffère notamment en ce qu'il est : 1° moins complet ; — 2° moins régulier, moins méthodique comme évolution ; — 3° bien plus varié comme symptômes, comme physionomie générale.

Moins complet, ai-je dit en premier lieu. L'accès palustre, en effet, est toujours constitué par trois stades bien nets et bien distincts : stade de froid initial, stade de chaleur intermédiaire, stade terminal de sueurs. Inversement, l'accès syphilitique ne présente ces trois phases successives que d'une façon tout à fait exceptionnelle. C'est, d'abord, le stade initial qui y fait défaut presque toujours ; du moins il ne consiste le plus souvent qu'en un refroidissement trop passager, trop éphémère pour mériter le nom de stade. Les frissons, de plus, y sont remplacés par de simples frissonnements. — C'est ensuite le stade terminal qui, au lieu de s'accuser, comme dans la fièvre paludéenne, par une sudation abondante et prolongée, est habituellement très court et constitué seulement par une simple moiteur, une humectation légère et partielle des téguments. — De sorte que souvent, voire le plus souvent, l'accès fébrile syphilitique se réduit en somme à un stade unique, celui de *chaleur*. Pour mieux dire, c'est l'élément chaleur qui est le phénomène essentiel de la fièvre intermittente syphilitique, où le froid et les sueurs ne figurent que comme éléments éventuels et subordonnés. — Les malades, du reste, traduisent ce fait par la façon même dont elles qualifient leurs accès sous les noms de « *fièvre en chaud*, de *chaleurs nocturnes*, d'*ardeurs nocturnes* qui les dévorent », etc. Presque jamais elles ne se plaignent de frissons ou de sueurs qu'au titre de phénomènes accessoires et notablement plus rares.

Secondement : l'accès syphilitique est *bien moins régulier*, *bien moins méthodique comme évolution* que l'accès palustre. Ce dernier,

du moins dans ses formes franches, procède avec une sorte de ponctualité mathématique. Chacun de ses stades évolue en son temps, à son heure, prend la scène à terme fixe et la quitte à point nommé. L'accès palustre est, comme on l'a dit, « un drame en trois actes » où les situations se succèdent avec une régularité parfaite, sans confusion, sans empiétement réciproque. Tout autre est l'accès syphilitique. Ici, moins d'ordre, moins de méthode. Tantôt, comme nous l'avons vu, c'est un stade qui fait défaut, et il se peut même que deux stades manquent à l'appel; — tantôt c'est un stade qui prend le pas sur celui auquel il devait succéder; — tantôt enfin, et cela même est le cas le plus commun, les divers stades se confondent, se mêlent, s'enchevêtrent. Ainsi, l'une des formes les plus communes de la fièvre syphilitique est celle où l'accès consiste d'un bout à l'autre en une *chaleur continue, passagèrement entrecoupée de frissons intermittents*. Il n'est pas rare non plus que les sueurs, au lieu d'être terminales, se manifestent au milieu de l'accès, et cela une ou plusieurs fois, sans ordre, sans méthode.

En troisième lieu, l'accès syphilitique est bien autrement susceptible de *variétés* que l'accès palustre. Il est bien moins que ce dernier identique avec lui-même, soit d'un sujet à un autre, soit d'un jour à l'autre sur le même sujet. Ici, par exemple, il affectera une allure assez régulière; là, il sera tout à fait désordonné. Complet ou presque complet chez celui-ci, il sera fruste chez celui-là. Aujourd'hui la chaleur seule aura composé l'accès; demain des frissons plus ou moins intenses, plus ou moins répétés, se mêleront à la scène; après-demain, viendra le tour des sueurs qui, nulles jusqu'alors, seront assez abondantes. Puis encore l'accès d'un jour sera assez intense et celui d'un autre presque avorté.

Ajoutez à cela que l'accès syphilitique est très variable aussi comme *durée*. Assez long chez tel sujet, se prolongeant par exemple pendant toute une nuit, il peut être très court chez tel autre, au point de s'évanouir en une ou deux heures et de ne plus faire, pour ainsi dire, que paraître et disparaître. En ce point encore il diffère de l'accès palustre, lequel affecte presque toujours une durée plus fixe et mieux déterminée.

Ce n'est pas tout. Trois autres caractères distinguent encore l'accès syphilitique de l'accès palustre, et ceux-ci, comme on va le voir, n'offrent pas un intérêt diagnostique moindre que les précédents.

1° La fièvre syphilitique est presque toujours *quotidienne* ou *atypique*.

En autres termes, ou bien elle affecte un type, et c'est le type quotidien; ou bien elle est assez désordonnée pour ne rentrer dans aucun type. — Je ne l'ai jamais vue prendre le type tierce, non plus, bien entendu, que le quarte. Inutile de signaler combien, à ce point

de vue, elle se sépare de la fièvre palustre, pour laquelle le type tierce est si commun.

Parfois encore elle peut faire accidentellement deux accès en un jour. Cela est assez rare.

2° La fièvre intermittente syphilitique est presque toujours *vespérine* ou *nocturne*. Elle se manifeste soit vers la chute du jour, vers cinq, six à huit heures du soir, soit, plus souvent, dans le cours de la nuit. Il est bien moins fréquent que ses accès se produisent pendant le jour.

Ce caractère de **fièvre vespérine** ou **nocturne** est important à noter au point de vue diagnostique. Et, en effet, s'il est commun à la plupart des fièvres dites symptomatiques (exemples : fièvre tuberculeuse, fièvre d'infection ou de suppuration, etc.), il est exceptionnel pour les fièvres palustres. Il doit donc, en toutes circonstances, éveiller l'attention, et je crois pouvoir poser en principe que, dans tous les cas où la nature d'accès intermittents nocturnes se présente à déterminer, la syphilis doit être tenue en ligne de compte comme origine possible de ces accès.

3° Enfin la *rate*, presque toujours développée dans les accès de fièvre palustre, reste normale dans la fièvre intermittente syphilitique. J'ai scrupuleusement observé mes malades à ce point de vue, en prenant soin de mesurer la rate par une percussion méthodique. Or, je puis affirmer que je n'ai presque jamais constaté le moindre excès de volume de ce viscère, soit pendant les accès, soit dans la période apyrétique intercalaire.

Durée. — La forme intermittente de la fièvre syphilitique est celle qui se dissipe le plus rapidement, même alors qu'elle n'est pas traitée. Nombre de malades en guérissent spontanément après quelques accès, et tous en guériraient de la sorte, j'en suis persuadé, après une durée variable.

Cependant il est assez commun qu'elle persiste un temps assez long, plusieurs semaines par exemple. Et parfois elle est plus tenace encore. Ainsi, l'une de mes malades est restée sujette, pendant *trois mois* avant son entrée à l'hôpital, à des accès fébriles nocturnes d'origine manifestement syphilitique. Une autre, dont je parlerai tout à l'heure, a conservé pendant *sept mois* (avec intermissions, il est vrai) des accès du même genre.

D'autre part, cette fièvre est éminemment sujette à *récidives*. Je l'ai vue très fréquemment se reproduire une ou plusieurs fois, soit après s'être éteinte spontanément, soit après avoir cédé à une action thérapeutique.

Traitement. — Le mercure est ici le traitement par excellence. — L'iodure n'est, par rapport à lui, qu'un auxiliaire de second rang; parfois cependant il peut lui être utilement associé, en raison surtout de son influence particulièrement active sur divers symptômes

qui accompagnent fréquemment la fièvre, tels que céphalalgie, douleurs musculaires, etc.

Les fébrifuges ordinaires (sulfate de quinine, bromhydrate de quinine, antipyrine, etc.) ne sont pas dépourvus d'action contre la fièvre syphilitique. Mais leur action est incertaine, infidèle, peu puissante, parfois nulle; en tout cas, elle ne saurait en rien être comparée à celle de la médication spécifique. Qu'on en juge par le fait suivant.

Une jeune femme contracte la syphilis de son mari presque immédiatement après son mariage. Cette syphilis reste méconnue pendant sept mois, et s'accuse notamment par tout un cortège de symptômes des plus pénibles : céphalée intense, douleurs névralgiformes multiples, douleurs vagues dans les membres, arthralgies, pleurodynie, et surtout accès fébriles nocturnes très accentués. Des médications de tout genre sont prescrites tour à tour, notamment les sels de quinine, l'antipyrine, l'arsenic, etc., etc. Peine perdue. Tous les symptômes et spécialement les accès fébriles persistent. Enfin, par bonheur, survient une éruption à propos de laquelle on me fait l'honneur de me consulter et que je n'ai ni peine ni mérite à reconnaître pour la plus franche des syphilides. On prescrit alors le protoiodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium (2 grammes par jour). Sept jours après — et cela très exactement, car j'ai conservé les dates (du 13 au 20 juin) -- symptômes douloureux et accès fébriles avaient absolument disparu, et cela pour ne plus jamais reparaître. — Ainsi donc, le traitement spécifique avait fait en *sept jours* ce que n'avaient pas réalisé les médications vulgaires en *sept mois*. Parallèle plus que démonstratif.

Résumé. — En somme, la forme intermittente de la fièvre syphilitique peut se caractériser de la façon suivante :

1° C'est une fièvre spécifique, consistant en des accès fébriles *intermittents*.

2° Ces accès offrent ceci d'assez particulier qu'ils sont le plus souvent *quotidiens* et *nocturnes*.

3° Ils ne s'accompagnent pas de développement splénique.

4° Leur forme la plus habituelle est celle d'un stade de chaleur constituant presque tout l'accès, stade irrégulièrement entrecoupé de frissonnements (plutôt que de frissons) et de poussées de moiteur (plutôt que de grandes sudations) passagères ou terminales.

5° Ces accès se jugent spontanément ou cèdent en quelques jours à l'action du traitement spécifique. Ils constituent à ce titre la forme la plus bénigne de la fièvre syphilitique.

6° Le traitement mercuriel, associé ou non à l'iodure, constitue leur médication véritable.

Diagnostic. — Toute confusion serait véritablement impossible entre la fièvre intermittente syphilitique et les fièvres intermittentes symptomatiques de suppuration, d'infection, de tuberculose ou de

cachexie, car ces dernières se produisent dans des conditions qui, par elles-mêmes, sont dénonciatrices.

Mais une méprise n'est pas impossible avec la fièvre intermittente palustre de forme bénigne. J'ai vu plusieurs fois la fièvre syphilitique être considérée comme une fièvre intermittente palustre « qu'on ne savait à quoi rapporter », mais qu'on admettait par exclusion et faute de mieux, c'est-à-dire en l'absence d'une interprétation meilleure. Il y a donc là, en nombre de cas, un diagnostic différentiel à établir, diagnostic dont les éléments se trouvent résumés dans le tableau suivant :

Accès intermittent syphilitique.	**Accès intermittent palustre.**
I. — Presque toujours *quotidien* ; — non susceptible des types tierce, quarte, etc.	I. — Quelquefois quotidien, mais plus souvent *tierce*, surtout dans les formes franches et au début de l'infection.
II. — Presque toujours *vespérin* ou *nocturne*.	II. — *Diurne* le plus habituellement.
III. — Accès généralement *incomplet*, *fruste*, en ce sens qu'il n'est presque jamais composé par les trois stades classiques de l'accès paludéen. — Stade de froid et stade de sueurs faisant presque toujours défaut. — Stade de *chaleur* toujours prédominant comme intensité de phénomènes et comme durée.	III. — Accès généralement complet, c'est-à-dire composé par *trois stades* successifs, dans chacun desquels prédomine un phénomène spécial.
IV. — Accès presque toujours *irrégulier*, quelquefois même désordonné (stades confondus ou intervertis ; — phénomènes différents des divers stades souvent associés et enchevêtrés).	IV. — Accès *méthodique* comme évolution (stades nettement tranchés et distincts, se succédant avec une régularité parfaite).
V. — Accès *très variable comme forme*, comme physionomie générale, soit d'un sujet à un autre, soit d'un jour à l'autre sur le même sujet.	V. — Accès généralement *uniforme*, semblable à lui-même, soit d'un malade à un autre, soit sur le même sujet.
VI. — Accès à *durée généralement bien moindre* que celle de l'accès palustre, variable d'ailleurs, et souvent assez courte.	VI. — Accès en général *assez long*.
VII. — Jamais de développement de la *rate* (sauf exceptions ou coïncidences).	VII. — Presque invariablement, développement appréciable de la *rate*.
VIII. — Accès *rebelle au sulfate de quinine*, mais très sensible à l'action du *mercure*.	VIII. — Accès très sensible à l'action du *sulfate de quinine*, insensible à celle du mercure.
IX. — Pas d'étiologie de paludisme.	IX. — Étiologie de paludisme.
X. »	X. — Possibilité de découvrir dans le sang l'hématozoaire de Laveran.

II. — **Forme continue. — Fièvre continue syphilitique.** — Forme beaucoup moins fréquente que le type précédent ; — ne laissant pas cependant d'être encore assez commune.

Elle consiste en un mouvement fébrile de type continu, durant pour le moins plusieurs jours et susceptible de se prolonger plusieurs septénaires.

Pour donner immédiatement une idée de ce qu'elle est, je dirai qu'elle se rapproche étrangement comme allure, comme physionomie

générale, de la fièvre continue simple, de l'ancienne *synoque*. On la prendrait facilement pour une synoque en nombre de cas. Et de cela voici une double preuve : c'est, d'abord, que jusqu'à nos jours on l'a considérée comme une synoque greffée d'aventure sur une syphilis secondaire ; — c'est, en second lieu, qu'il est vraiment difficile parfois de la différencier d'une fièvre continue simple.

Caractères cliniques. — Quatre ordres de symptômes la constituent, à savoir : élévation de la température ; — accélération du pouls ; — malaise général ; — troubles sympathiques de diverses fonctions. — Rien de spécial, à coup sûr, dans un tel ensemble, qui forme le fonds commun de tout état fébrile ; mais voyons comment il se présente en l'espèce.

I et II. — L'élévation de température et l'accélération du pouls ne dépassent guère en général une moyenne peu élevée. Ainsi, dans la plupart des cas, le pouls se tient entre 96 et 100°, et la température axillaire entre 37°,5 et 38°,5. Habituellement donc, la fièvre syphilitique a pour caractère d'être *modérée*.

Mais il est un certain nombre de cas où les phénomènes fébriles dépassent et de beaucoup cette moyenne. Il n'est pas rare, d'abord, que le pouls s'élève à 120, 125 ; — quelquefois il marque 130, 135, 140 ; — exceptionnellement je l'ai vu monter à 144, 148, 150.

Parallèlement aussi, on observe chez nombre de malades des températures axillaires de 39°, — 39°,5, — 39°,8 ; — plus rarement le thermomètre atteint ou dépasse 40° ; — en quelques occasions, seulement, j'ai trouvé jusqu'à 41°, — 41°,3, — et même 41°,7.

Donc, il se peut que la fièvre syphilitique, loin d'être modérée, atteigne les proportions d'un état fébrile *intense*, comparable, par exemple, à celui qui accompagne la phlegmasie d'un organe important ou qui caractérise une pyrexie.

Cependant, quelque intensité qu'elle affecte, la fièvre de la syphilis revêt toujours des caractères très différents de ceux d'une fièvre inflammatoire, « angéioténique », comme disaient nos pères. Ainsi, le visage, loin d'être injecté et vultueux, reste le plus souvent pâle, décoloré. — L'habitus exprime bien moins l'excitation que l'alanguissement, la dépression, l'atonie. — Le pouls n'est jamais ample, fort, développé ; moyen au plus comme intensité, il est souvent faible, mou, dépressible. Plusieurs fois même je l'ai trouvé petit et presque misérable.

Autre remarque digne d'un certain intérêt. La fièvre syphilitique n'a pas une teneur aussi uniforme que celle des autres fièvres continues. La chaleur fébrile y est souvent entrecoupée soit de frissons, d'horripilations passagères, avec ou sans refroidissement des extrémités, soit encore de poussées sudorales, de sueurs générales ou partielles. Il est rare qu'on observe une semblable mobilité de phénomènes dans les fièvres vulgaires, non diathésiques.

III. — Le *malaise général*, commun à toutes les fièvres, ne fait pas défaut dans la fièvre syphilitique. Chez presque tous les malades on observe un état plus ou moins accentué de courbature, de lassitude, de brisement, d'affaissement, de céphalalgie, etc. Parfois cependant ce malaise est bien moindre qu'il ne devrait être par rapport avec l'élévation de la température et du pouls, et l'on est frappé d'un contraste évident entre ces derniers symptômes et l'habitus presque physiologique des malades. Certains sujets n'ont de la sorte, pour ainsi dire, que les symptômes fébriles de la fièvre syphilitique, sans être touchés parallèlement dans leur état général.

IV. — Enfin, comme troubles sympathiques, ce qu'on observe usuellement est ceci : troubles gastriques ; — langue grisâtre, mais grisâtre seulement, sans offrir l'aspect blanc, étalé, saburral, de l'embarras gastrique fébrile ; — diminution de l'appétit, ou même, ce qui est plus rare, inappétence absolue ; — constipation légère ; — troubles nerveux, très variables comme caractère et comme intensité : insomnie ; douleurs vagues et mobiles ; irritabilité, « agacement des nerfs », comme disent les malades, spasmes, nervosité, etc.

Ici, une curieuse éventualité consiste dans l'intégrité possible des fonctions digestives ; c'est-à-dire qu'on peut observer, coïncidemment avec un état fébrile plus ou moins accentué, un *appétit normal* et une *langue exempte de saburres*. Une telle anomalie m'a trop vivement frappé, alors que je poursuivais mes recherches à Lourcine sur la fièvre syphilitique, pour que je ne l'aie pas étudiée de près et avec un intérêt scrupuleux. Or, pour l'avoir bien des fois nettement constatée, je puis la donner comme un fait certain, irrécusable, qui ne laisse pas de conférer à la fièvre de la syphilis une note toute particulière.

Il n'est même pas impossible (mais ceci seulement à titre d'exception) qu'avec la fièvre spécifique coïncide une exagération morbide de l'appétit que j'aurai à décrire plus tard sous le nom de boulimie secondaire. Une jeune malade de mon service était affectée de manifestations secondaires multiples, au nombre desquelles figurait une fièvre fortement accentuée. Or, coïncidemment avec une température qui oscillait entre 39° et 39°,8, cette femme ne cessait d'accuser un appétit vorace, disait « souffrir incessamment de la faim », et absorbait une quantité d'aliments bien supérieure à celle qui lui suffisait en état de santé. — Guntz a observé de même la coïncidence étonnante de ces deux phénomènes, fièvre et boulimie.

Durée. — Variable, et variable en des limites très espacées. Ainsi tantôt elle ne dépasse pas quelques jours (trois, quatre, cinq jours) ; — tantôt elle atteint un septénaire ; — tantôt elle excède deux et jusqu'à trois septénaires ; — enfin, chez quelques malades on a vu la fièvre syphilitique continue se prolonger, avec des rémissions ou des intermissions irrégulières, jusqu'à quatre, cinq, six, sept et huit semaines.

A l'appui de cette dernière assertion, il ne sera pas sans intérêt de produire ici quelques spécimens de ces fièvres prolongées.

I. — Voici d'abord un cas dans lequel une fièvre syphilitique bien franche, bien légitime, persista *deux septénaires*, avec une élévation

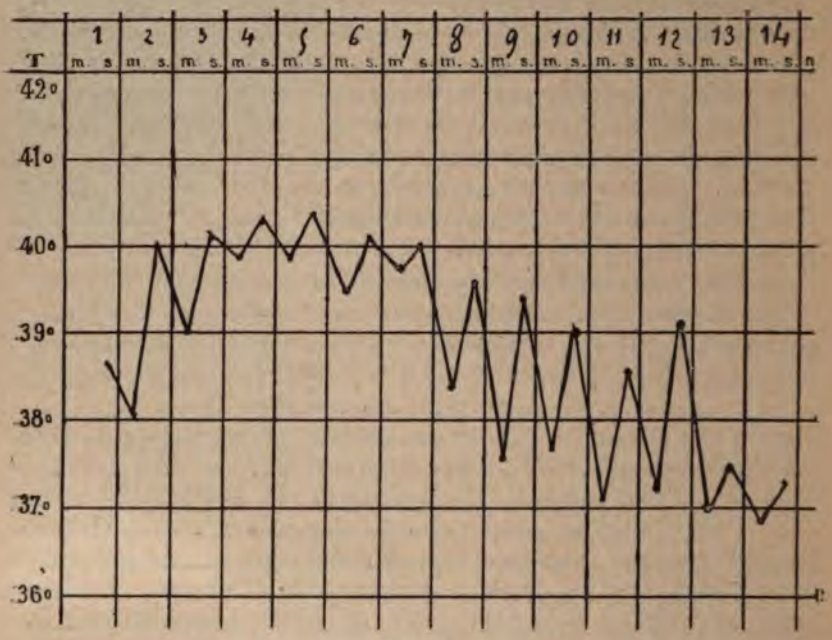


Fig. 2.

assez considérable de la température, qui pendant six jours affleura ou dépassa même 40 degrés.

II. — Dans le cas suivant, qui ne fut pas moins net comme diagnostic, la fièvre persista *trente-quatre jours*, avec les températures suivantes :

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
4e jour.	37,8	38	20e jour.	37,7	38
5e —	37,8	38,2	21e	38,1	38,4
6e —	38,1	38,3	22e —	38,4	38,3
7e —	37,3	38,3	23e —	37	38,3
8e —	37,7	38,2	24e —	37,7	38,3
9e —	38	38,7	25e —	38	38,5
10e —	37,7	38	26e —	37,5	38,2
11e —	38,1	39	27e —	37,8	37,5
12e —	38,7	39,9	28e —	37,6	37,7
13e —	38,8	40,2	29e —	37,6	38
14e —	38,5	38,7	30e —	37,3	38
15e —	38	38,1	31e —	37,7	38,3
16e —	37,8	37,9	32e —	37,3	38,1
17e —	38	38,1	33e —	37,6	37,8
18e —	38	38,3	34e —	37,5	37,8
19e —	37,6	37,5			

Au delà, apyrexie

III. — Sur une autre de mes malades, une fièvre spécifique ne dura pas moins de *trente-neuf jours*, en s'élevant à 40° pour quatre à cinq jours.

IV. — Enfin, la durée maxima que j'ai observée jusqu'ici est de *cinquante jours*. Dans ce cas, il est vrai, l'élévation de la température ne fut pas excessive, puisqu'elle n'atteignit ou ne dépassa que rarement 38 degrés. Cependant elle se maintint à 38 degrés et au delà pendant vingt-quatre jours au moins sur cinquante.

(4 jours de fièvre antérieure.)	Matin.	Soir.
5e jour.	37,6	38
6e —	36,9	38,5
7e —	37	39
8e —	37,8	37,9
9e —	37,6	38,1
10e —	37	38
11e —	37	37,6
12e —	38	38,1
13e —	37,5	38
14e —	37,4	37,8
15e —	38	38
16e —	37,2	37
17e —	37,4	38,4
18e —	37,6	38,6
19e —	37	38,2
20e —	37,6	38,4
21e —	37,4	39
22e —	37,4	38,6
23e —	37,2	39,6
24e —	37,5	38,5
25e —	37,4	37
26e —	37	37,6
27e —	37	37,5
28e —	37	37,6
29e —	37,3	37,5
30e —	37,2	38
31e —	37	37,2
32e —	37	37,8
33e —	37,2	38,2
34e —	37,8	38,6
35e —	37,2	38
36e —	37,5	38,6
37e —	37,4	37,7
38e —	37,8	37,5
39e —	37	38
40e —	37,2	38,5
41e —	37,4	38
42e —	37	38
43e —	37,5	37,6
44e —	37,8	38,2
45e —	37	37,8
46e —	37	38
47e —	37,4	37,8
48e —	37,2	37,8
49e —	37,2	36,9
50e —	36,7	

Il se peut donc ainsi que, du fait seul de la syphilis, un malade reste *alité et fébricitant pendant plusieurs semaines*, tout comme s'il était sous le coup d'un état aigu de longue durée, d'une pyrexie, d'un rhumatisme, d'une fièvre typhoïde (1). Il se peut donc que la syphilis, maladie qu'on a l'habitude de représenter comme essentiellement apyrétique, détermine des états fébriles *prolongés*, prolongés jusqu'au point d'égaler ou même de dépasser la durée moyenne des affections le plus franchement pyrétiques.

Cela, j'en conviens, est peu conforme à la tradition, voire aux idées du jour; mais cela ressort de l'observation, cela est clinique et irrécusable.

Diagnostic. — Il va sans dire que *toute fièvre qui se développe sur un sujet syphilitique n'est pas par cela même syphilitique*. Lors donc que, sur un sujet syphilitique, on est appelé à déterminer la nature d'un mouvement fébrile, il incombe, avant de rapporter ce mouve

(1) V., à ce sujet, divers graphiques de température reproduits dans la thèse inaugurale de M. le Dr Morin, *Typhose syphilitique*, Paris, 1888.

ment fébrile à la syphilis, de rechercher et d'éliminer une à une toutes les causes, *quelles qu'elles soient*, qui pourraient avoir servi d'origine à de tels symptômes. Ce diagnostic préalable, diagnostic *d'exclusion*, s'impose dans tous les cas. Il ne sera réalisé que par un examen complet, intégral, du malade, par une revue minutieuse de ses antécédents, par une analyse méthodique de tous les troubles morbides.

En l'espèce, il est un état pathologique qu'il y a souvent difficulté réelle à différencier de la fièvre continue syphilitique (en dehors, bien entendu, de ces cas à longue durée dont je parlais à l'instant). C'est l'affection si commune et encore si mal déterminée qu'on appelait jadis la *synoque* (*synochus imputris* des anciens) ou l'embarras gastrique fébrile, et que depuis on a débaptisée sous les noms divers de fièvre continue simple, catarrhe aigu d'estomac, fièvre gastrique, etc. Trois ordres d'analogie la rapprochent de la fièvre syphilitique à forme continue, à savoir : De part et d'autre, 1° mouvement fébrile, de type continu et d'intensité généralement modérée ; — 2° troubles généraux multiples : inappétence, malaise, lassitude, courbature musculaire, céphalalgie, etc. ; — 3° absence de tout autre symptôme mieux accusé et nettement caractéristique. — En sorte qu'il est souvent délicat, voire impossible d'instituer un diagnostic précis entre ces deux entités morbides. Pour ma part, je déclare qu'il m'est arrivé maintes fois, après avoir assisté à toute l'évolution d'un mouvement fébrile sur un syphilitique, de ne pas savoir si j'avais eu affaire à une synoque ou à une fièvre continue spécifique.

Le plus habituellement, toutefois, ce diagnostic pourra être déterminé par les trois considérations que voici :

1° *Troubles digestifs bien plus fortement accentués dans la synoque que dans la fièvre syphilitique.* — Ainsi, dans la synoque : anorexie absolue, et même (ce qui est un degré supérieur à l'anorexie) dégoût, répulsion véritable pour tous les aliments ; — amertume spéciale de la bouche ; — soif vive, avec appétence pour les boissons acidules ; — souvent aussi nausées et quelquefois vomissements.

Certes, des symptômes de même ordre peuvent bien exister dans la fièvre syphilitique, mais ils y sont toujours bien moins accentués. Il y a inappétence, certes, chez nos malades ; mais il n'y a pas dégoût, répulsion pour les aliments ; la plupart supportent, sollicitent même quelques aliments légers, tels que les potages. — Chez eux, de plus, les nausées sont rares et les vomissements exceptionnels.

Se rappeler, d'autre part, qu'en certains cas (très rares, à la vérité) l'appétit peut être à peu près conservé, voire exagéré (boulimie secondaire).

2° Comme corollaire, *état saburral bien autrement accusé dans la synoque que dans la fièvre syphilitique.*

Dans la synoque, langue *spéciale*, peut-on dire ; langue de l'embar-

ras gastrique par excellence, à savoir langue étalée, large, blanche, absolument blanche, comme couverte d'une « neige sale », en un mot, saburrale au plus haut degré.

Dans la fièvre syphilitique, langue tout au plus grisâtre et légèrement chargée; quelquefois même, langue presque normale et exempte de saburres. — Ce dernier signe est parfois nettement différentiel.

3° A un moment donné de la maladie, *signe diagnostique formel résultant de la durée.* — La synoque, en effet, ne dépasse guère sept, huit à neuf jours. La fièvre syphilitique, au contraire, est susceptible, comme nous l'avons vu, de se prolonger plusieurs septénaires.

(Je ne parle pas ici — et pour cause — des fameuses taches bleues ou ardoisées qu'on avait données jadis comme caractéristiques ou presque caractéristiques de la synoque; car il est actuellement reconnu qu'elles sont purement et simplement d'origine phthiriasique.)

Variété : **Typhose syphilitique.** — Que l'on suppose une fièvre continue syphilitique se compliquant de ces symptômes d'asthénie spécifique que j'ai décrits précédemment, et l'on aura, comme résultat de cette combinaison, un état fébrile adynamique rappelant l'allure, la physionomie de la fièvre typhoïde. Eh bien, ce type se réalise parfois en clinique. Je lui ai donné le nom de typhose secondaire.

Ce qui caractérise cette typhose est ceci :

D'une part, tous symptômes usuels de la fièvre continue spécifique, mais plus intenses que dans la moyenne courante, à savoir : température oscillant entre 38,5, 39 et 40° ; — pouls variant entre 110 et 120 ; — céphalalgie vive ; — troubles sympathiques bien accentués : langue saburrale, soif, inappétence; — étourdissements, état vertigineux dès que le malade s'assied sur son lit, etc.

Et, d'autre part, tous phénomènes d'adynamie : perte des forces, accablement, prostration véritable ; — état asthénique de toutes les fonctions ; — pouls mou, dépressible ; — paresse des sens ; — certaine hébétude intellectuelle, engourdissement, torpeur, somnolence, etc.

Une telle combinaison de symptômes ne réalise-t-elle pas l'ensemble clinique par lequel se traduit la fièvre typhoïde ? Aussi bien est-elle des plus trompeuses. La première impression qu'en reçoit le praticien est toujours celle d'un état typhoïde, voire d'une fièvre typhoïde, et il faut vraiment un examen *complet* de la scène morbide pour se défendre en l'espèce contre une erreur plus que facile à commettre.

D'autant que deux autres conditions favorisent encore la méprise, à savoir : l'*âge* du malade et la *durée* de la maladie. Cette typhose syphilitique s'observe, en effet, presque toujours sur de jeunes sujets, c'est-à-dire à l'âge où la fièvre typhoïde est le plus commune. D'autre part et surtout elle est particulièrement trompeuse par sa

longue durée. N'a-t-on pas dit que, dans nos climats, toute fièvre continue qui se prolonge au delà d'un septénaire est presque sûrement une fièvre typhoïde? Or, la typhose secondaire ne persiste guère moins d'une quinzaine de jours ; très souvent elle atteint trois septénaires ; parfois même elle dépasse ce terme pour se prolonger jusqu'à quatre, cinq et six semaines.

J'ajouterai encore que la présence possible sur la peau de quelques fines papules rosées d'ordre spécifique n'est pas quelquefois sans ajouter une difficulté de plus au diagnostic, en donnant le change pour une éruption de taches rosées lenticulaires.

Ces diverses raisons, certes, sont plus que suffisantes pour expliquer la possibilité d'une confusion entre la typhose syphilitique et la fièvre typhoïde. Mais il en est une autre bien supérieure à toutes celles-ci pour motiver l'erreur : c'est que *la typhose syphilitique est encore ignorée de la plupart des praticiens.* Elle n'a pas fait sa trouée dans le monde médical, où reste en faveur le vieux préjugé d'après lequel la syphilis ne saurait réaliser des états fébriles continus d'une certaine importance et d'une certaine durée. En sorte qu'en face de la typhose syphilitique la plus légitime la plupart des médecins concluent à une fièvre typhoïde, à une fièvre typhoïde sans doute anormale par absence de quelques phénomènes, mais non moins authentique en dépit de l'anomalie (1). De cela que d'exemples n'aurais-je pas à citer !

Et cependant la différenciation clinique de ces deux entités n'offre pas en général de sérieux embarras. Sans doute elle peut être difficile, voire impossible *au début* par défaut de signes suffisants en l'un ou l'autre sens. Mais après quelques jours on sera toujours fixé, et cela de par telle ou telle des considérations contenues dans le tableau suivant :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LA TYPHOSE SYPHILITIQUE.

Fièvre typhoïde.	**Typhose secondaire.**
I. «	I. — Antécédents de syphilis récente. Souvent aussi, coexistence significative d'accidents spécifiques contemporains (syphilides, plaques muqueuses, adénopathies, myosalgies, périostites, alopécie, névralgies, troubles de sensibilité et spécialement analgésie, troubles nerveux, algidités périphériques, etc.).
II. — Épistaxis initiales très habituelles.	II. «
III. — Adynamie générale; prostration véritable, allant parfois jusqu'à l'anéantissement.	III. — Asthénie plutôt qu'adynamie vraie; affaissement plutôt que prostration.

(1) V. thèse précitée du Dr A. Morin. Paris, 1888.

Fièvre typhoïde (*suite*).	**Typhose secondaire** (*suite*).
IV. — Faciès caractéristique : stupeur et joues plaquées.	IV. — Faciès alangui, abattu, mais sans stupeur. — Pâleur.
V. — Sécheresse caractéristique de la langue. Fuliginosités.	V. — Langue humide, grise ou blanchâtre. Pas de fuliginosités.
VI. — Sécheresse brûlante de la peau.	VI. — Pas de sécheresse de la peau, qui est souvent halitueuse.
VII. — Torpeur de l'intellect. — Conversation difficile, impossible même. — Réponses vagues, incertaines.	VII. — Intelligence non affectée. — Conversation toujours possible. — Réponses précises.
VIII. — Subdélirium nocturne très habituel — Parfois délire.	VIII. — Ni subdélirium ni délire.
IX. — Courbe thermique spéciale : premier stade à oscillations ascendantes ; — second stade à oscillations stationnaires.	IX. «
X. — Météorisme.	X. «
XI. — Douleur iliaque ; — gargouillement iliaque.	XI. «
XII. — Diarrhée.	XII. «
XIII. — Râles bronchitiques.	XIII. «
XIV. — Développement de la rate.	XIV. «
XV. — Au début du second septénaire, taches rosées lenticulaires.	XV. — (Se méfier des éruptions spécifiques [papules miliaires], pouvant simuler les taches rosées lenticulaires).
XVI. — Possibilité d'accidents multiples : albuminurie, hémorrhagies intestinales, péritonite par perforation, engouement pulmonaire, bronchopneumonie, escarres, etc., etc.	XVI. «
XVII. — Réaction agglutinative de Widal.	XVII. «

Pronostic. — Comme pronostic, cette typhose secondaire est certes faite pour inspirer quelques craintes, tant elle se rapproche comme allure de la fièvre typhoïde dont on sait les dangers multiples. Toutefois, en dépit de ses apparences, elle ne comporte rien de grave. *Toujours elle guérit.*

Après un temps variable, les phénomènes d'adynamie disparaissent en premier lieu ; les forces se relèvent ; puis la fièvre s'éteint, et la syphilis reprend son cours, dégagée de cette complication spéciale.

Il va sans dire que, suivant la durée et l'intensité des accidents, l'économie reste plus ou moins ébranlée à la suite de cette violente secousse. Quelquefois même un état de débilitation fortement accentué succède à cette forme particulière de la fièvre syphilitique.

III. — **Forme déréglée, atypique.** — Cette troisième forme de la fièvre syphilitique n'a d'autre caractère que d'être constituée par

des états fébriles spécifiques qui ne rentrent ni dans l'un ni dans l'autre des deux grands types étudiés précédemment.

Ces états fébriles non réglés, *atypiques* (comme on les appelle le plus souvent) sont très communs. Ils affectent, de plus, des modalités multiples et variées. Ainsi, ils consistent tantôt en des états fébriles qui, d'abord intermittents, deviennent plus tard continus ; — tantôt (ce qui est beaucoup plus rare) en des accès continus devenant ensuite intermittents ; — tantôt en un mélange irrégulier de ces deux formes ; — et, plus souvent encore, en de simples poussées fébriles absolument déréglées comme invasion, comme teneur et comme durée, se manifestant pour quelques jours, puis se suspendant, puis se renouvelant, et cela de la façon la plus capricieuse.

Je citerai deux exemples pour fixer les idées.

Une de mes malades commença, au cours de la période secondaire, par présenter des accès fébriles franchement périodiques, survenant le soir vers six heures et s'évanouissant vers minuit. Ces accès durèrent une quinzaine environ. — Puis, quelques semaines plus tard, nouvelle invasion fébrile, mais cette fois sous le type continu, et cela pour cinq jours. — Puis, quelque temps après, nouveaux accès à forme intermittente.

Une autre femme, affectée d'une syphilis à manifestations nerveuses multiples, présenta la série d'accidents fébriles que voici : d'abord, pendant un mois, accès intermittents, vespérins ou nocturnes ; — puis, six semaines plus tard, fièvre de forme continue, pour une quinzaine ; — dix jours après, deux nouveaux accès de même forme, le premier de trois jours et le second de quatre ; — finalement, pour un laps de deux mois, poussées fébriles absolument irrégulières, atypiques, tantôt ne durant que l'espace d'une nuit, et tantôt se prolongeant de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Sans que j'aie besoin d'insister sur ce point, on conçoit ce que doivent offrir de difficultés diagnostiques de tels états fébriles mal déterminés, décousus, déréglés, se répétant sans cause appréciable, etc. On peut hésiter à les rapporter à la syphilis, alors même que les antécédents de syphilis sont absolument irrécusables, et l'on se prend toujours, en pareil cas (j'en parle par expérience), à douter de son diagnostic, à se demander si l'on ne fait pas fausse route et si ces poussées fébriles singulières ne seraient pas plutôt en relation avec quelque affection latente, ignorée, que l'on recherche inutilement. — A fortiori, comment aboutir au diagnostic de fièvre spécifique alors que, pour des raisons diverses, la syphilis reste incertaine ou même (ce qui n'est pas rare) est dissimulée au médecin (1) ?

(1) Pour la pratique, il est bon de savoir ceci : les syphilitiques d'un certain monde ne confient pas à tout médecin le secret de leur syphilis. Très généralement ils s'offrent le luxe de deux médecins : l'un, le médecin ordinaire, le médecin de famille, pour les cas d'ordre vulgaire, et l'autre, le médecin extraor-

Aussi bien, de là comme de tout ce qui précède se dégage-t-il un enseignement clinique : C'est qu'aux prises avec un état fébrile dont il ne s'explique pas la cause, le médecin a toujours l'obligation de faire une place à la syphilis dans les hypothèses à discuter sur les origines, sur le pourquoi de cette fièvre. Quel que soit le type de cette fièvre, qu'elle soit intermittente, continue ou déréglée, quelle qu'en soit également la durée, toujours il devra rechercher la syphilis dans les antécédents, et plus d'une fois il la trouvera comme raison de tels symptômes qui resteraient inexplicables sans elle.

Enfin, je dois mention ici à certains cas (à la vérité tout à fait exceptionnels) dans lesquels on a vu des femmes rester sujettes *pendant plusieurs mois* à des accès fébriles déréglés, exclusivement imputables à la syphilis. J'ai en mains la très longue et très probante observation d'une jeune femme de vingt ans, bien constituée et d'excellente santé antérieure, qui commença à être prise de fièvre dès le début de la période secondaire et qui, pendant *quatre mois et huit jours* (à cela près d'accalmies éphémères), continua à présenter des accès fébriles irréguliers, déréglés, capricieux, non explicables par la moindre cause étrangère à la syphilis. Simultanément, du reste, et comme témoignage du caractère spécifique de ces singuliers accès fébriles, cette femme fut affectée d'une nuée de manifestations syphilitiques, à savoir : roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses, adénopathies, et surtout accidents nerveux, tels que douleurs névralgiformes, xiphalgie, analgésie très étendue et très accentuée, algidités périphériques, éréthisme nerveux, lipothymies, crises hystériques de forme convulsive, boule hystérique, contractures, hallucinations nocturnes, accès dysphasiques, etc., etc. — Cette femme, de plus (soit dit incidemment), avait commencé une grossesse exactement avec la syphilis. Or, contre toute attente et en dépit de tous les accidents précités, cette grossesse (grâce, sans nul doute, au traitement spécifique) continua son évolution normale, aboutit à terme et se termina par la naissance d'un enfant vivant et sain (au moins resté sain jusqu'à l'âge de sept mois, époque à laquelle nous l'avons perdu de vue) !

Traitement. — Le traitement des formes continues et atypiques de la fièvre syphilitique ne diffère en rien de celui dont j'ai parlé précédemment à propos des formes intermittentes.

dinaire, pour les cas d'ordre *léger*, c'est-à-dire pour les mésaventures amoureuses. Or, les choses étant disposées de la sorte, qu'arrive-t-il le jour où ces singuliers clients deviennent fébricitants du fait de la syphilis? C'est que le médecin mandé près d'eux en ces conditions est précisément celui *qui ne connaît rien de leurs antécédents*. Que, de plus, ce médecin ait un soupçon et les interroge en ce sens, le plus souvent ils renieront la syphilis, parce que, dans leur pensée, la syphilis n'a rien à voir avec la fièvre dont ils sont actuellement affectés.

Et c'est de la sorte que nombre de fièvres syphilitiques restent méconnues des médecins qui sont appelés à les traiter.

Seulement il faut savoir que, puissamment actif contre les formes intermittentes de la fièvre syphilitique, le mercure n'exerce qu'une influence moins énergique et plus lente sur les formes continues de cette fièvre. Pourquoi? Je ne saurais le dire, mais le fait est constant, non moins qu'essentiel à enregistrer pour la pratique. De là cette conséquence : lorsqu'on se propose de combattre une fièvre syphilitique de type continu, il est indispensable, pour obtenir du mercure un effet curatif, de le prescrire à doses assez élevées, notablement plus élevées que dans les formes intermittentes.

Théoriquement, on serait conduit à penser que le mercure et l'iodure administrés en plein état fébrile doivent être intolérés par l'estomac. Cette prévision, bien que rationnelle, ne se réalise pas toujours, tant s'en faut. Lorsque tel est le cas, cependant, la difficulté est facile à tourner en prescrivant le mercure sous forme de frictions ou d'injections sous-cutanées et l'iodure par la voie rectale.

ACCIDENTS NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Le sens commun et le sens clinique sont d'accord pour répugner à l'idée que la syphilis distribue ses coups comme la Fortune distribue ses faveurs, c'est-à-dire au hasard. On se représente difficilement la syphilis n'obéissant qu'à des caprices sans raison pour traiter favorablement tel sujet et sévèrement tel autre, pour faire prédominer chez celui-ci tel ordre de manifestations qui épargneront celui-là, pour affecter chez l'un tel système organique qu'elle respectera chez l'autre, etc. Bien évidemment, rien de pathologique n'est livré au hasard, et j'ai l'intime conviction qu'en l'espèce le hasard n'a pas la moindre part dans les plus légères, non plus que dans les plus graves manifestations de la syphilis.

A coup sûr, nous sommes bien loin de connaître toutes les influences qui régissent la spécialisation des accidents syphilitiques suivant les divers sujets, c'est-à-dire qui, sur un sujet donné, dirigent l'action de la diathèse en tel ou tel sens, vers tel ou tel organe. Mais quelques-unes de ces influences, néanmoins, ont été mises à jour, isolées, déterminées; et le peu que nous en avons appris suffit à nous convaincre qu'il en est de la syphilis comme de toutes les diathèses, à savoir qu'elle est soumise, pour la qualité de ses manifestations, à de certains facteurs étiologiques qui servent d'appel à ses décharges vers tel ou tel appareil et qui, conséquemment, déterminent ce qu'on appelle les formes morbides de la maladie.

Or, au nombre des influences de cet ordre figurent en première ligne les conditions du *terrain* sur lequel la syphilis est appelée à germer, ou, en autres termes, les conditions propres au sujet qu'elle affecte. Nul doute, en effet, que souvent (sinon toujours) les mani-

festations prédominantes de la maladie ne soient en harmonie avec le fonds physiologique ou morbide du malade, c'est-à-dire avec sa constitution, son tempérament, son âge, son sexe, ses habitudes, ses tendances et ses aptitudes pathologiques, ses prédispositions héréditaires, etc. Ce qui a fait dire à un auteur (dont je regrette de ne pas savoir le nom) ce mot spirituel et très vrai : « *Chacun fait sa syphilis à son image.* »

Eh bien, la femme, elle aussi, se fait une syphilis à son image. Nature nerveuse, elle se fait une *syphilis nerveuse*. A ce point que, si l'on me demandait ce en quoi la syphilis de la femme diffère surtout de la syphilis de l'homme, je n'aurais pas un instant d'hésitation pour répondre : « C'est, à coup sûr, par les troubles nerveux de la période secondaire. »

Et, en effet, les troubles d'ordre nerveux, à la période de la diathèse que nous étudions actuellement, sont infiniment plus fréquents, plus variés et plus intenses chez la femme que chez l'homme. Sous ce rapport, une disparité complète et même remarquable existe d'un sexe à l'autre. Chez l'homme, et surtout chez l'homme adulte, la syphilis n'éveille le plus souvent qu'une réaction minime ou légère vers le système nerveux. Au contraire, chez la femme, elle crée fréquemment un état de souffrance générale de ce système ; elle constitue ce système en état d'éréthisme permanent, en y déterminant une perturbation profonde ; elle crée, en un mot, une sorte de *diathèse nerveuse*, que j'ai baptisée du nom de **nervosisme secondaire**.

On connaît le mot de Ricord, disant que « la vérole est un branle-bas dans l'économie ». En l'espèce, on pourrait ajouter que la vérole est un branle-bas dans le système nerveux de la femme. Aussi bien, cette perturbation profonde se traduit-elle ou peut-elle se traduire chez elle de diverses façons, à savoir : soit par un nombre plus ou moins considérable, souvent même par une véritable pléiade d'accidents nerveux, soit par le réveil d'anciennes névroses éteintes, soit par l'exaspération de névroses assoupies, soit même par l'éclosion de névroses qui n'existaient qu'en germe, en puissance, sous forme de simples prédispositions. — Tel est le cadre d'accidents que je vais avoir à présenter.

Mais, avant d'entrer en matière, deux remarques préalables s'imposent encore à moi.

I. La forme névropathique de la syphilis secondaire est loin, à coup sûr, de constituer une règle *générale* dans le sexe féminin. Certaines femmes (pour un tiers, approximativement) y échappent d'une façon absolue. — D'autres (pour un tiers et demi, toujours approximativement) la subissent, mais d'une façon modérée, moyenne. — D'autres, enfin, dans la proportion d'un sixième, en sont violemment éprouvées, à ce point que, chez elles, la syphilis se

transforme presque en une affection nerveuse aiguë, intense, polymorphe, souvent des plus pénibles et quelquefois même sérieuse.

II. En second lieu, cette action perturbatrice qu'exerce la syphilis sur le système nerveux de la femme se restreint à la *période secondaire*. C'est la vérole *jeune* qui, seule, excite, ébranle de la sorte le système nerveux féminin. Au delà des premières années de l'infection, l'équilibre, pour ainsi parler, se rétablit d'un sexe à l'autre. Il semblerait donc que, primitivement, l'organisme féminin se révolte contre le poison syphilitique, et que, plus tard, s'y étant accoutumé, il le tolère. En tout cas et sans figure, la fréquence des affections nerveuses chez la femme, excessive au cours du stade secondaire, s'abaisse subitement au delà, pour descendre même, dans le stade tertiaire, au-dessous de la proportion observée chez l'homme.

Division. — Les manifestations nerveuses de la syphilis secondaire sont extraordinairement multiples et variées de formes. Pour la facilité d'une exposition didactique, je les ai réparties en un certain nombre de groupes, de la façon suivante :

Céphalée ;
Troubles du sommeil ;
Asthénie nerveuse secondaire ;
Douleurs névralgiforme et névralgies ;
Névrites et polynévrites ;
Troubles de la sensibilité ; — analgésie secondaire ;
Tremblement musculaire ;
Surexcitation ou réveil de névroses antérieures ;
Genèse de névroses ;
Névroses du système sympathique.

D'autres manifestations de même ordre n'auraient pu sans inconvénient être disjointes des systèmes organiques auxquels elles appartiennent ; elles trouveront place dans les chapitres consacrés à l'étude de ces divers systèmes.

I

CÉPHALÉE SECONDAIRE. — La plus commune, et de beaucoup, de toutes les affections nerveuses secondaires.

Elle constitue l'une des trois modalités de maux de tête dont on peut souffrir au cours de la période secondaire et qui sont, comme l'on sait : 1° la céphalée *cranienne* ou osseuse, dérivant d'une lésion des os du crâne ; — 2° la céphalée *névralgique*, relevant d'une névralgie des branches nerveuses de la région ; — 3° la céphalée proprement dite, qu'on appelle encore *essentielle*, dans l'ignorance où l'on est de son siège véritable, de son substratum anatomique. C'est de cette dernière que je vais parler.

Elle se différencie des deux autres par trois caractères : 1° par un caractère négatif, en ce sens qu'elle n'est localisable comme celles-ci ni dans un tronc nerveux, ni dans une lésion appréciable des os; — 2° parce qu'elle est *plus générale*, au moins plus étendue comme aire de douleur, si je puis ainsi parler ; — 3° parce qu'elle semble aussi relever d'un *siège plus profond*. Quel est ce siège? Je répète qu'on ne saurait le dire; mais toujours est-il, à en juger d'après les sensations accusées par les malades, qu'elle *semble* être d'origine intra-cranienne, d'origine méningée ou cérébrale. C'est donc (qu'on me passe le mot) une sorte d'*encéphalalgie*.

Symptômes. — Le symptôme constitutif, essentiel en l'espèce, c'est une douleur de tête ; mais de quel genre ?

C'est, d'abord, comme je l'ai dit, une douleur de tête *profonde*, *intérieure*; — douleur généralement étendue, *étalée*, quelquefois même presque générale (« j'ai mal dans *toute* la tête », disent les malades), mais avec prédominance plus ou moins marquée sur certains points, tels que le front, les tempes ou l'occiput ; — douleur très pénible et donnant lieu, comme forme de souffrance, à des sensations assez diverses. Ce que les malades accusent pour la dépeindre est tantôt une pesanteur, un alourdissement de la tête (céphalée dite *gravative*), tantôt une tension avec élancements (céphalée *lancinante*), tantôt une pression, une dilacération, un martèlement, etc. Ils disent, dans ce dernier cas, avoir la tête « serrée dans un étau », et y ressentir par intervalles comme des coups de marteau; il leur semble, ajoutent-ils, que, par instants, leur crâne « va se fendre, éclater », etc., etc.

Comme intensité, cette douleur encéphalique comporte plusieurs degrés.

Dans un premier degré, elle est légère et supportable. Sa forme habituelle est alors celle d'une simple lourdeur de tête. Les malades se plaignent d'avoir « la tête prise, embarrassée », mais ils peuvent encore dominer, secouer cette douleur, vaquer à leurs occupations et dormir.

Dans un second degré, la céphalée, plus intense, peut être comparée à un accès de migraine. Elle empêche alors presque complètement le travail, surtout le travail intellectuel; elle alourdit l'esprit et trouble le sommeil.

S'exagérant encore (troisième degré), elle alite absolument les malades, qui sont dans un état d'angoisse des plus pénibles, incapables d'aucune occupation, privés de tout repos, absorbés, anéantis, « abrutis » par la souffrance.

A cette douleur de tête s'ajoutent quelquefois, surtout dans les degrés un peu intenses, divers phénomènes tels que les suivants :

Diminution, voire extinction de l'appétit, symptôme commun du reste à toutes les souffrances un peu vives et surtout continues; — digestions difficiles, paresseuses ; — constipation ;

Étourdissements fugaces ; — vertiges ; — bourdonnements d'oreilles ;

Troubles de la vue, brouillards, obnubilations passagères ;

Et surtout phénomènes nerveux divers, résultant à la fois et de la douleur et de l'insomnie : irritabilité, agacement, énervement ; — morosité, tristesse, inquiétudes ; — dégoût pour toute occupation ; — travail intellectuel difficilement supporté, voire devenant impossible. C'est ainsi que certains sujets, abasourdis par une céphalée persistante, doivent renoncer à toute occupation exigeant quelque tension d'esprit, et ne vaquent plus à leurs affaires que « comme des automates », par impulsion routinière. L'intelligence même paraît comme obnubilée par instants. « Il y a des moments, me disait un de mes clients, employé dans un ministère, où je ne sais vraiment plus ce qu'on me dit et ce que je fais ; je suis tellement absorbé par mon mal de tête que je dois avoir l'air d'une machine qui accomplit sa tâche sans y rien comprendre. » — Une malade de nos salles, caissière dans un grand magasin, fut forcée de prendre un congé « parce que, racontait-elle, je ne comprenais plus rien à mes comptes. Pour établir la plus simple facture, il fallait m'y reprendre à deux ou trois fois. Impossible de faire une addition ; les chiffres dansaient devant mes yeux ». — Une autre, employée à débiter des coupons d'étoffes, « égarait incessamment ou son mètre ou ses coupons et se trompait sur les mesures, etc. ».

Formes morbides. — Comme teneur, cette céphalée secondaire se présente sous deux types, à savoir : le **type continu avec exacerbations** et le **type intermittent.**

Dans le premier, les malades souffrent de la tête d'une façon permanente, aussi bien le jour que la nuit, aussi bien la nuit que le jour. Seulement, les douleurs redoublent par instants, sous forme d'*accès*. Ces accès se produisent surtout *la nuit*. Car, pour la céphalée, plus que pour tout autre symptôme secondaire, l'influence nocturne de la vérole se traduit par une exacerbation marquée. C'est presque toujours *le soir* ou *la nuit* que les douleurs atteignent leur apogée.

Il est des cas, toutefois (ceux spécialement d'intensité légère ou moyenne), où la céphalée se continue avec uniformité à tout moment du jour et de la nuit. Je l'ai même vue redoubler d'intensité le jour et se calmer la nuit ; mais cela est très rare.

Second type, un peu plus commun, je crois. Ici, la céphalée est *intermittente*. Dans ce cas, elle disparaît généralement pendant le jour, pour se reproduire à certains moments, surtout vers le soir, vers cinq ou six heures de l'après-midi le plus souvent. Elle dure alors un temps variable, quelques heures en moyenne, parfois aussi une partie de la nuit ou même toute la nuit, pour s'apaiser vers le jour.

Fréquemment encore elle affecte dans ses intermittences une véritable *périodicité*. Chez certains sujets elle apparaît vers le soir,

à heures absolument régulières, voire si régulières parfois que les malades vous disent : « Dans deux heures, dans une heure, dans une demi-heure d'ici, je serai pris de la tête » ; et leur prédiction s'accomplit à point nommé.

Durée. — La *durée* qu'affecte ce pénible symptôme est très variable, et cela dans des limites assez larges. Chez un certain nombre de malades la céphalée disparaît en quelques jours. Chez d'autres, et c'est là le cas le plus habituel, elle persiste plusieurs semaines (alors, bien entendu, qu'elle n'est pas traitée). Chez d'autres, enfin, elle dure un temps infiniment plus long. J'ai vu nombre de femmes qui, par ignorance de leur maladie, ont enduré deux, trois, quatre, cinq mois de suite, d'horribles céphalées qu'elles prenaient pour des migraines ou des névralgies. Une de mes clientes de la ville, affectée d'une syphilis qui était restée longtemps méconnue, m'affirmait avoir souffert de très violents maux de tête « pendant *plus d'une année* ».

Ajoutons que cette céphalée est essentiellement sujette à *récidives*. On n'en est pas délivré pour l'avoir subie une fois, loin de là. Elle a des retours très fréquents.

Pronostic. — Traitement. — S'il est des plus pénibles, ce symptôme, en revanche, est des plus accessibles au traitement spécifique et des plus facilement curables. D'un avis unanime, le mercure exerce sur lui une action des plus puissantes, une action véritablement *merveilleuse* comme sûreté et comme rapidité de résultats. En quelques jours il fait justice de la céphalée secondaire, du moins dans la presque totalité des cas. Plus vive même est la douleur, plus sensible est l'influence du remède. J'ai vu, et tout le monde a vu, des céphalées atroces être soulagées presque subitement par le mercure et dissipées en moins d'une semaine.

L'iodure de potassium exerce également sur la céphalée secondaire une action puissamment sédative. Mais il est certainement moins actif et surtout moins rapidement actif que le mercure.

Inutile, au surplus, de discuter sur la préférence à donner en l'espèce, soit à l'un, soit à l'autre de ces remèdes. Car, de l'aveu général, il y a mieux à faire que de les employer isolément, c'est de les associer. De par expérience, rien ne vaut ici le traitement mixte. — On prescrira donc simultanément le mercure (sous forme, par exemple, de proto-iodure, à la dose quotidienne de 5 à 10 centigrammes ou de toute autre façon) et l'iodure de potassium. De petites doses de ce dernier agent (50 centigrammes à un gramme, un gramme et demi ou, au maximum, 2 grammes) sont en général suffisantes et agissent tout aussi bien que des doses plus élevées.

Inutile ou superflue pour les cas légers ou moyens, cette médication *mixte* est surtout indiquée alors qu'on a affaire à des crises de céphalée violente qu'il importe de soulager promptement, et je puis

dire qu'elle fournit toujours les meilleurs résultats. — L'antipyrine n'est pas inutile parfois pour procurer un soulagement temporaire.

Dans les cas rebelles, il faut essayer de tout pour aboutir à calmer les douleurs. J'y suis parvenu quelquefois par des ventouses scarifiées à la nuque, des vésicatoires volants, des injections de morphine, ou le recours empirique à divers sédatifs du système nerveux.

II

TROUBLES DU SOMMEIL. — L'insomnie est un phénomène assez commun dans la période secondaire, surtout à une époque peu avancée de l'infection.

Elle se présente sous deux formes qui se définissent d'elles-mêmes, à savoir : l'insomnie *symptomatique* et l'insomnie *essentielle*.

L'insomnie symptomatique est un résultat bien naturel des douleurs qui affligent si fréquemment les malades à cette période de la diathèse, douleurs d'origines très diverses, mais présentant presque toutes comme caractère commun la tendance aux exacerbations nocturnes. — Cette première forme n'offre rien de spécial et ne mérite qu'une mention.

La seconde, au contraire, est une insomnie propre, essentielle, relevant *directement* de la syphilis sans causes intermédiaires.

Dans cette forme, en effet, le malade est privé de sommeil *sans avoir aucune raison pour ne pas dormir*. Écoutez-le vous raconter ce qu'il éprouve ; il vous dira « qu'il passe des nuits blanches *sans savoir pourquoi* ». Se couchant le soir, fatigué par le travail du jour, il ne parvient pas à s'endormir. Vainement il se tourne et se retourne dans son lit, vainement il cherche une position propice, ferme ses paupières, et s'ingénie de mille procédés pour appeler le sommeil qui ne vient pas. Réussit-il à s'assoupir un instant, bientôt il est réveillé par un cauchemar, par un rêve, ou même sans motif ; et toute la nuit se passe dans une agitation semblable jusqu'au matin, où, brisé, épuisé, il arrive à goûter quelque repos. Encore ce repos n'est-il souvent qu'incomplet, entrecoupé de demi-réveils, troublé, non réparateur, au total ; si bien que le malade se lève courbaturé, énervé, « *plus fatigué le matin que la veille au coucher* », également impropre à un travail de corps ou d'esprit.

Assez rares chez l'homme, ces troubles du sommeil et cette variété spéciale d'insomnie sont, au contraire, des phénomènes assez communs chez la femme, surtout dans les formes nerveuses de syphilis.

Ce sont là tous symptômes qu'à l'instar de la céphalée le traitement *mixte* soulage efficacement.

III

ASTHÉNIE NERVEUSE SECONDAIRE. — Il est positif que la syphilis exerce chez certains sujets (et bien plus spécialement chez la femme que chez l'homme) une influence générale qui se traduit par une sorte de dépression de toutes les forces vitales, par une atonie de tout l'être, par un état de langueur de toutes les fonctions. C'est à cet ensemble morbide que j'ai donné le nom d'asthénie nerveuse secondaire.

Cette asthénie peut affecter la plupart des systèmes organiques ; elle peut même se généraliser. Conséquemment elle se traduit par une symptomatologie complexe et variée qu'il nous faut soumettre à l'analyse.

1° **Asthénie musculaire ; diminution des forces.** — Le syndrome initial et prédominant par lequel s'accuse ce curieux état consiste dans une atteinte portée à ce qu'on appelle l'état des forces, c'est-à-dire à l'énergie du système musculaire de la vie animale. Il peut se résumer en deux mots : *débilité* et *courbature* musculaire.

Dans un degré léger ou moyen, répondant à ce qu'on observe presque couramment, les malades traduisent ce qu'ils ressentent en se disant tout à la fois *faibles* et *las*. Ils sont incapables de fournir leur taux de travail habituel, de faire une longue course, voire de soutenir un exercice moyen. Ils sont tout de suite « à bout de forces ». Une simple promenade « les épuise comme s'ils avaient fait dix lieues ».

Dans un degré supérieur, qui ne s'observe guère que chez les femmes nerveuses à syphilis nerveuse, les mêmes phénomènes s'accentuent bien davantage. Ce n'est plus seulement de la faiblesse et de la lassitude qu'accusent les femmes affectées de la sorte, mais bien de l'incapacité, de la prostration musculaire. Écoutez-les. Elles vous raconteront qu'elles ont été forcées de renoncer à leurs occupations parce qu'elles n'étaient plus capables de les supporter. Elles se sentent « toujours fatiguées, même sans avoir rien fait ». Elles se disent accablées, harassées, anéanties. A l'hôpital, nous les voyons garder le lit la plus grande partie du jour, voire refuser de se lever. Leur fait-on reproche d'une telle inertie, elles répondent qu'elles n'en sont pas coupables, qu'elles ont « les jambes brisées, les membres courbaturés et moulus ». Se lèvent-elles, elles ne marchent qu'avec peine, lentement, lourdement, à la façon de malades en convalescence. Debout, elles éprouvent aussitôt le besoin de s'asseoir, et accusent le sentiment d'une défaillance imminente dès qu'elles veulent se contraindre à faire quelque exercice. Enfin, si l'on vient, comme contrôle, à déterminer l'état exact de leurs forces par le *dynamomètre*, on constate sur elles une *diminution considérable de*

leur puissance musculaire, l'instrument ne marquant plus que 25, 20, 18, 14, 10 et même, dans les cas extrêmes, 6 kilogrammes, alors que, sur une jeune femme, de taille moyenne, il s'élève normalement à 30, 35 et au delà.

Au total, donc, ce que l'on constate chez de telles malades, c'est une asthénie profonde, presque comparable soit à celle qui succède à de grandes hémorrhagies, soit à celle qui signale la convalescence de fièvres graves.

Dans quelles conditions et avec quel degré de fréquence la syphilis affecte-t-elle les forces musculaires? C'est là un point que j'ai essayé de préciser dans un chapitre précédent auquel je prie le lecteur de se reporter (Voy. page 586 et suiv.).

2° **Asthénies splanchniques. — Asthénie générale.** — L'asthénie musculaire que je viens de décrire n'est presque jamais un symptôme isolé. Presque toujours il s'y adjoint, à des degrés divers et sous des formes diverses, d'autres phénomènes de même ordre, attestant un état asthénique parallèle des autres systèmes organiques, à savoir :

I. — *Asthénie circulatoire*, se traduisant par une faiblesse notable du muscle cardiaque et de la musculature artério-veineuse, par un pouls petit, mou, dépressible, quelquefois irrégulier, par une tendance aux palpitations, aux lipothymies, aux vertiges, etc.

II. — *Asthénie digestive*, s'accusant par un alanguissement singulier des fonctions gastro-intestinales, à savoir : diminution de l'appétit, voire parfois inappétence; — digestions lentes et difficiles, avec phénomènes dyspeptiques variés; — quelquefois vomissements; — constipation, dérivant sans doute d'une inertie intestinale, etc.

III. — *Asthénie nerveuse* : dépression générale, atonie, faiblesse, courbature, brisement, « aplatissement » de tout l'être; — troubles de la sensibilité, qui s'émousse sur divers points; — paresse des sens; — paresse d'esprit; aptitude moindre aux conceptions, aux travaux intellectuels, sorte d'engourdissement psychique faisant pendant à la torpeur musculaire, etc.

IV. — *Asthénie nutritive* : activité amoindrie de toutes les forces présidant à la nutrition, à la réparation organique; — d'où tendance à l'anémie, à l'amaigrissement; — d'où l'alopécie, les troubles de nutrition des ongles, et divers autres phénomènes de vitalité défaillante.

En s'adjoignant à l'asthénie musculaire précédemment décrite, en s'associant les uns aux autres, ces divers symptômes aboutissent à constituer un *état asthénique général*, qui se traduit par une sorte de langueur de tout l'être et de dépression de tous les systèmes.

Eh bien, c'est là l'asthénie générale que réalise parfois la syphilis secondaire, et cela, je le répète encore, tout spécialement chez certaines femmes qui y sont sans doute prédisposées par un état

d'atonie native et de nervosisme héréditaire ou acquis. — On peut, certes, la rencontrer chez l'homme, mais cela n'est plus qu'exceptionnel et exclusivement propre à certains sujets jeunes, d'allure encore féminine, et tenant de la femme par l'excitabilité de leur système nerveux.

Or, cette asthénie secondaire constitue chez la femme un type morbide presque spécial, type qui n'a pas encore, à mon gré, été suffisamment décrit, qui reste souvent méconnu parce qu'on le rapporte indûment à d'autres causes, et qui conduit parfois à des erreurs diagnostiques tout à fait inattendues.

Ce type, c'est celui de la *femme asthéniée par la syphilis secondaire* jusqu'à en être accablée, aplatie, prostrée.

A voir certaines femmes ainsi affectées par la syphilis dans leur allure générale et dans leur santé, on les croirait, je dirai même qu'il est impossible de ne pas les croire sous le coup de toute autre maladie que la syphilis. Ces femmes ont le facies, l'habitus de ce qu'on appelle de « *grandes malades* ». Positivement on les prendrait quelquefois pour des femmes soit en convalescence de quelque affection grave, soit en élaboration de quelque maladie consomptive. Illusion plus fréquente encore, on les dirait couvant une tuberculose pulmonaire.

Cette dernière erreur, tout particulièrement, a été commise plus d'une fois, tant elle est dans la nature des choses. Et, en effet, qu'on se représente bien la scène. Voici une jeune femme surprise tout à coup par des symptômes de débilitation, pâlissant, maigrissant, perdant son appétit et ses forces, s'étiolant d'une façon rapide, affectée même de temps à autre (phénomènes fréquents dans la syphilis secondaire) de sueurs nocturnes et d'accès de fièvre vespérins. Que soupçonner en face d'un tel ensemble de symptômes? Quelle maladie redouter de prime abord? La phtisie pulmonaire, bien évidemment. C'est à ce diagnostic, en effet, ou plutôt c'est à cette appréhension que tout médecin se trouve naturellement conduit. Bien des fois, pour ma part, en de telles conditions, j'ai cru certaines de mes malades sur la pente de la tuberculose, surtout si quelque toux, quelque bronchite incidente venait, par hasard, se mettre de la partie. Bien des fois, il m'est arrivé d'ausculter anxieusement ces malades, cherchant dans leur poitrine l'explication de semblables phénomènes. Puis, après un certain temps, mes soupçons tombaient d'eux-mêmes, tous ces symptômes s'évanouissant; ce n'était pas la phtisie qui était en cause, c'était la syphilis seule qui avait déterminé d'une façon passagère ces troubles menaçants.

Un exemple entre tant d'autres de même ordre que j'aurais à citer. — Il y a quelques années, je fus mandé en province pour examiner une malade dont l'état, me disait-on, inspirait des craintes sérieuses. Il s'agissait d'une jeune femme d'une vingtaine d'années, mariée

depuis six mois à un sujet syphilitique et contagionnée par lui. Je la trouvai couchée sur une chaise longue, affaissée sur elle-même, littéralement prostrée, et ne parlant qu'à demi-voix, comme si la parole eût été une fatigue pour elle. On me racontait que, depuis deux mois, elle n'avait pu quitter sa chambre et même son lit, tant elle se sentait fatiguée, harassée, incapable du moindre exercice; — qu'elle avait perdu tout appétit, mangeait à peine et digérait difficilement; — qu'elle avait de la fièvre chaque soir, des poussées sudorales pendant la nuit, des oppressions, des palpitations; — qu'elle avait beaucoup maigri, au point de « n'être plus que l'ombre d'elle-même », etc. — On ajoutait, enfin, qu'elle avait pris un rhume au cours du précédent hiver et qu'elle toussait un peu depuis lors. — De sorte qu'à première vue, sans parler de la syphilis qui s'attestait en toute évidence par une éruption papulo-crustacée, j'eus l'impression que j'avais affaire à une malade en voie de tuberculose pulmonaire. Je recherchai donc, de par les signes de percussion et d'auscultation, cette tuberculose qui me semblait par ailleurs évidente; et, à ma grande surprise, je ne constatai de la sorte rien qui fût de nature à en légitimer le soupçon. Plus qu'il n'est usuellement nécessaire en pareil cas, je prolongeai cet examen, m'obstinant à vouloir trouver ce que je ne trouvais pas. Peine inutile. Après mûre investigation, je dus abandonner cette idée. Bref, exclusion faite d'autres hypothèses que je passe sous silence, force me fut, en définitive, de me rabattre sur la syphilis, comme seule cause légitimement acceptable des phénomènes graves que j'avais sous les yeux. Et c'était bien, en effet, de la syphilis, mais d'une syphilis asthénique et dénutritive, qu'il s'agissait en l'espèce; car, d'une part, le traitement spécifique exerça sur cet ensemble morbide la plus heureuse influence; et, d'autre part, cette jeune femme est aujourd'hui guérie, bien portante, à l'abri de tout soupçon de tuberculose.

Il en est, donc, de ces phénomènes d'asthénie secondaire comme de tous les autres symptômes secondaires. Ils n'ont qu'un temps. Si graves soient-ils d'apparence, ils cèdent au traitement spécifique et se dissipent sans laisser de traces, au moins pour l'énorme majorité des cas. Sans doute ils peuvent être plus ou moins durables, et ceux dont nous venons de parler sont usuellement plus durables que d'autres de même échéance chronologique; mais ils n'en aboutissent pas moins à disparaître finalement. Et, somme toute, l'asthénie secondaire n'est qu'un *orage nerveux* transitoire, qui passe à la façon des autres orages secondaires.

IV

DOULEURS NÉVRALGIFORMES et NÉVRALGIES. — Les névroses douloureuses qui dérivent de la syphilis secondaire consistent bien plus souvent en de simples douleurs névralgiformes qu'en des névralgies vraies. On peut même dire que les névralgies vraies sont rares, au moins relativement rares dans l'étape secondaire, tandis que les douleurs névralgiformes y sont absolument communes.

Ces dernières se différencient des névralgies vraies par plusieurs caractères. D'abord, elles sont, si je puis ainsi parler, *moins anatomiques* que celles-ci, en ce sens qu'elles ne s'astreignent pas, comme elles, à suivre exactement le trajet d'un nerf et à se circonscrire rigoureusement à sa distribution, ce qui les rend plus diffuses, plus indécises, plus incertaines d'expression. — En second lieu, elles ne présentent que d'une façon bien moins accentuée, bien plus vague, ce qui caractérise essentiellement les névralgies, à savoir les *points fixes* douloureux. — D'autre part, aussi, elles sont plus mobiles, plus fugaces, plus intermittentes ou rémittentes d'évolution, etc., que les névralgies vraies.

Sous telle ou telle de ces formes, les névroses douloureuses de la syphilis secondaire sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. Nulle parité, à ce point de vue, d'un sexe à l'autre.

Siège. — Elles sont susceptibles de localisations multiples. D'après la fréquence de ces localisations on peut les classer de la façon suivante :

I. — Types usuels, à localisations faciales ou craniennes.

II. — Types rares, à localisations sur les nerfs intercostaux ou sur le sciatique.

III. — Types exceptionnels, à localisations cervicale, cervico-brachiale, lombo-abdominale, crurale, mammaire, linguale, etc.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, que deux ou trois de ces types coexistent ou se succèdent au cours de la période secondaire.

Types usuels. — La *tête* est le siège favori de ces manifestations douloureuses. Là, elles peuvent affecter divers rameaux nerveux, à savoir :

1° Les rameaux de la cinquième paire;

2° Les rameaux auriculaire et mastoïdien du plexus cervical ;

3° Le grand nerf occipital.

Des diverses névralgies qu'elles constituent de la sorte la plus commune est celle qui porte sur les branches de terminaison de la cinquième paire (*névralgie faciale*).

Cette névralgie faciale secondaire présente une particularité assez curieuse, c'est de n'affecter que d'une façon très exceptionnelle la

branche inférieure du trijumeau, d'une façon rare la branche moyenne, et assez fréquemment, au contraire, la branche supérieure dans ses rameaux sus-orbitaires. — La **névralgie sus-orbitaire** tient certes le premier rang comme fréquence dans cet ordre de manifestations.

Bien moins communes sont les autres névralgies de la tête (névralgie temporale, cervico-occipitale, etc.). Celles-ci, d'ailleurs, sont généralement assez vagues dans leur expression et assez indécises dans leur trajet pour devoir être taxées de douleurs névralgiformes plutôt que de véritables névralgies.

Cette même remarque n'est pas moins applicable aux névralgies *sciatique* et *intercostale*, qui sont les types le plus souvent observés après les précédents. L'une et l'autre ne se présentent guère que sous forme de névralgies *frustes*, à points fixes plus ou moins déficients, comme à irradiations limitées. Ainsi, la sciatique secondaire, prise comme exemple, n'affecte jamais le nerf dans toute son étendue. Toujours elle est *partielle*, segmentaire, c'est-à-dire limitée le plus souvent à la région lombo-fessière, quelquefois à la cuisse, bien plus rarement à la jambe.

Types rares ou exceptionnels. — Je n'insisterai pas sur les autres types névralgiques ou névralgiformes précités, parce que, d'une part, ils sont très rares et parce que, d'autre part, ils n'offrent rien de spécial comme symptomatologie. Mais je signalerai à l'attention, au titre d'accidents étranges et propres à dérouter le diagnostic, les quelques localisations suivantes, d'ailleurs très exceptionnelles, à savoir :

I. — La névralgie *mammaire* (*mastodynie*), que j'ai rencontrée parfois chez la femme, au cours de syphilis d'ordre nerveux. Elle consiste en des douleurs et une sensibilité morbide des seins à la pression, cela sans aucune modification dans le volume et la forme des organes, non plus que dans la teinte des téguments, etc. — Elle est généralement bilatérale. — Elle est souvent assez rebelle.

II. — Des douleurs névralgiformes du *palais* et des *nerfs dentaires*.

III. — Des névralgies du *lingual*. — En voici un exemple :

Un malade auquel je donne actuellement mes soins a été affecté depuis dix-huit mois d'une série de crises névralgiques affectant la *langue* dans sa moitié antérieure. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en général ces crises *préludent à des poussées éruptives* se produisant sur la partie antérieure de la langue, cela sous forme de plaques lisses, non érosives (ne pouvant être confondues avec des herpès). L'éruption établie, les douleurs se calment, mais pour reparaître quelques mois plus tard comme prodrome d'une éruption nouvelle. — Ces douleurs sont soulagées chaque fois par le traitement spécifique, mais elles récidivent avec une opiniâtreté désespérante. — Elles occupent exactement, je le répète, la moitié antérieure et surtout le tiers antérieur de la langue. Le malade les compare soit à un sentiment de « brûlure

continue », de tension sourde et pénible, soit à des « traits de feu intermittents » qui sillonneraient l'organe en divers sens. — A quoi rapporter de tels symptômes, si ce n'est à une névralgie du *lingual* ? (1).

Symptômes. — Quels qu'en soient le siège et la forme, toutes les névroses douloureuses de la syphilis secondaire n'offrent rien que de banal comme symptômes, rien qui les différencie cliniquement de névroses d'autre origine. Elles n'exigent donc pas de description spéciale.

Elles sont plus ou moins aiguës, plus ou moins intenses. Il n'est pas rare qu'elles déterminent par accès des douleurs d'une violence excessive, intolérable.

Elles sont souvent assez capricieuses dans leur marche ; — sujettes à des exacerbations ou à des rémissions que rien n'explique ; — sujettes également à des recrudescences après sédation temporaire, comme aussi à des récidives après guérison, etc.

Il est positif que l'influence du *soir* ou de la *nuit* se traduit souvent sur elles par une exaspération marquée des douleurs. Ce signe, toutefois, n'est rien moins que constant ; il n'offre d'ailleurs rien de pathognomonique.

Un seul caractère, mais celui-ci bien net, bien tranché, différencie ces névroses douloureuses spécifiques des névralgies vulgaires ; c'est l'*action qu'exerce sur elles le traitement anti-syphilitique*. De même que la plupart des symptômes diathésiques, elles sont en général très rapidement modifiées et guéries par le mercure. Cela est de notion commune, à ce point qu'en pratique le mercure est souvent interrogé « comme pierre de touche » pour juger de la nature spécifique de certaines névralgies. Et, en réalité, merveilleuse est parfois l'influence qu'il exerce sur les accidents de cet ordre. Que de fois n'ai-je pas vu, que de fois tout médecin n'a-t-il pas vu des névralgies qui, méconnues quant à leur nature, avaient résisté opiniâtrément à toutes les médications les plus énergiques, céder et se dissiper comme par enchantement devant le traitement mercuriel !

Dernier point, celui-ci très essentiel pour la pratique.

Alors que ces névroses douloureuses coexistent avec d'autres symptômes patents de syphilis secondaire, il n'est nul embarras, nulle difficulté pour les rapporter à leur véritable cause et les traiter en conséquence. Tout est au mieux.

Mais supposez (ce qui est fréquent) qu'elles se présentent comme symptôme isolé, comme manifestation exclusive de syphilis ; il y

(1) Comparer à ce fait un cas à peu près identique relaté par le Dr H. de Castelnau dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1re année, t. I, p. 212.

aura certes risque qu'en telle condition elles soient méconnues quant à leur nature, considérées comme des névralgies vulgaires, et soumises au traitement qui leur convient le moins.

On dira : « Mais les antécédents seront toujours là pour fixer le diagnostic. » Oui, s'ils sont connus. Mais au cas contraire ? Ne peuvent-ils pas d'ailleurs être dissimulés, surtout si le malade prend sur lui de juger qu'ils sont indifférents en l'espèce ?

Aussi bien arrive-t-il très fréquemment — j'en appelle sur ce point au témoignage des praticiens — que les névralgies syphilitiques, tant par absence de phénomènes spécifiques contemporains que par ignorance des antécédents spécifiques, soient prises pour ce qu'elles ne sont pas, c'est-à-dire pour des névralgies de telle ou telle nature et restent privées du seul traitement qui pourrait les guérir. Elles sont donc essentiellement, peut-on dire, matière à méprise.

De là un fait souvent observé, dont voici le schéma : Une névralgie s'est produite (le plus habituellement sur une femme) ; cette névralgie, on l'a traitée par tel remède, puis par tel autre, puis par tel autre encore, mais toujours avec insuccès. Alors, de guerre lasse et en désespoir de cause, voire en l'absence de tout antécédent avoué, on se décide à prescrire le mercure, et cela *à tout hasard*. Presque à l'instant, changement à vue ; la névralgie s'amende subitement, puis guérit en quelques jours.

Exemple du genre, bon à méditer.

J'ai eu l'occasion, ces dernières années, d'être appelé près d'une jeune dame qui, *depuis quatre à cinq mois*, souffrait d'une affreuse névralgie faciale. Tous les traitements imaginables (sulfate de quinine, opium, belladone, chloral, bromure, injections hypodermiques, vésicatoires, etc.) avaient été mis en usage et n'avaient rien produit, ou n'avaient produit que des sédations médiocres de courte durée. Cet insuccès des médications les plus rationnelles et les plus énergiques sur une femme jeune, de bonne santé habituelle, et indemne jusqu'alors de toute affection nerveuse, me parut tout d'abord quelque peu suspect. Je cherchai la cause de cette névralgie, je la cherchai longtemps et ne la trouvai pas. Ne la trouvant pas, je songeai qu'elle pouvait m'être cachée. J'examinai alors la malade au point de vue de la syphilis et ne découvris rien de suspect. J'interrogeai en ce sens, et n'obtins que des dénégations formelles, voire irritées. Toutefois, comme les confrères qui m'avaient précédé ne m'avaient rien laissé à faire contre une névralgie d'ordre vulgaire, je me décidai à prescrire le mercure *quand même* et *à tout hasard*, c'est-à-dire comme « pierre de touche », suivant l'expression consacrée. Ce fut alors un véritable coup de théâtre. Dès le second jour de ce nouveau traitement, la malade, qui n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits, put reposer quelque peu ; une semaine plus tard, elle était guérie ! J'étais donc tombé juste — et à tout hasard, je le répète — sur une

névralgie syphilitique et bien sûrement syphilitique, car, sans parler du succès significatif du mercure, des aveux ultérieurs vinrent confirmer ce diagnostic alors qu'il n'avait plus besoin de confirmation.

Donc, ne pas oublier, pour la pratique, que le mercure peut constituer un très utile recours contre certaines névralgies rebelles, d'origine spécifique méconnue.

Nature. — Que sont ces névralgies secondaires ? Les uns les considèrent comme purement dynamiques, c'est-à-dire comme se produisant sans lésions, *sine materiâ*, sous la seule influence de la diathèse ; les autres ne les admettent qu'au titre de névroses symptomatiques, symptomatiques de lésions intéressant soit la substance même des nerfs, soit leur névrilème, ou réagissant sur eux par compression, par irritation de voisinage. On a longuement disserté et l'on pourra disserter longtemps encore sur ce point, car les pièces à conviction font défaut au procès, l'anatomie pathologique (s'il en est une) des accidents que nous venons de décrire restant toute à faire.

Ce qu'il est permis seulement d'inférer du peu qu'on sait sur la question est ceci : il est bien possible que, pour un certain nombre de cas, ces névralgies dérivent de lésions matérielles (soit intrinsèques, soit extrinsèques) des cordons nerveux, et cela à la façon des névralgies tertiaires qui, elles, sont toujours symptomatiques de lésions de cet ordre. Mais il est probable que, bien plus souvent, elles ne sont que dynamiques. Ce qui — sous toutes réserves d'ailleurs — semble autoriser à les regarder comme telles, ce n'est pas seulement l'impossibilité actuelle de les rattacher à une lésion connue, c'est aussi un certain ensemble de caractères qui leur sont assez habituels, comme la multiplicité qu'elles affectent en certains cas, leur mobilité, leurs intermittences, leur disparition parfois très rapide, etc., toutes particularités peu compatibles, on en conviendra, avec l'existence d'une altération anatomique.

Traitement. — De par expérience, c'est le traitement *mixte* et à *bonnes doses* qui agit avec le plus d'efficacité contre cet ordre de manifestations. A savoir : mercure, sous forme, par exemple, de pilules de proto-iodure (5 à 10 centigrammes par jour) ou d'injections hypodermiques ; — et iodure de potassium, à dose quotidienne de 2 à 4 grammes.

V

NÉVRITES ET POLYNÉVRITES SECONDAIRES. — Ce groupe d'accidents n'est admis que par induction et par analogie, car le contrôle anatomique lui fait encore défaut. Mais comment la syphilis, maladie si éminemment et si profondément infectieuse, n'aurait-elle pas la

faculté de réagir sur les troncs nerveux à la façon des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, grippe, paludisme, tuberculose, lèpre, etc.) ou même des affections toxiques (alcool, plomb, arsenic) qui déterminent si souvent des symptômes de ce genre? Et, d'autre part, pourquoi cette action de la syphilis ne s'exercerait-elle pas à la période secondaire, période si prodigieusement féconde en accidents nerveux de tout ordre?

Cliniquement, d'ailleurs, l'existence de névrites ou de polynévrites secondaires paraît irrécusable, et cela de par certains symptômes ou syndromes qui, se produisant à une étape jeune de l'infection, semblent bien ne pouvoir être imputés qu'à un *état morbide des cordons nerveux, indépendamment de toute perturbation des centres* (1).

I. — Les névrites ou polynévrites de la période secondaire ne peuvent encore être considérées qu'au titre de manifestations peu communes ou même rares. Mais il est vraisemblable que la fréquence s'en exagérera lorsqu'elles seront plus connues.

Un fait curieux dans leur histoire, c'est leur tendance à se manifester dans une étape *jeune* de l'infection. Il n'est même pas rare, loin de là, qu'elles soient tout à fait *précoces*, c'est-à-dire contemporaines des premières poussées secondaires. Ainsi, on les a vues plus d'une fois coexister avec la roséole ou même avec la période terminale du chancre.

Elles s'observent de préférence chez les sujets jeunes et à prédispositions nerveuses. — A coup sûr, aussi, elles se rencontrent plus communément chez la femme que chez l'homme.

Aucune circonstance étiologique n'a été relevée jusqu'ici comme susceptible d'en motiver le développement.

II. — Cliniquement, elles ne se traduisent que par l'ordre des symptômes qui constituent le tableau usuel des névrites et des polynévrites de tout ordre. Inutile de répéter, en effet, ce qui est de notoriété commune, à savoir que la qualité d'un trouble nerveux dépend non pas de la nature de la lésion qui le provoque, mais de sa localisation.

C'est dire que les symptômes de ces névrites spécifiques seront forcément variables et des plus variables suivant que le nerf affecté sera un nerf moteur, un nerf sensitif, un nerf mixte, un nerf trophique; — comme aussi suivant que la lésion se limitera à un seul tronc ou portera sur plusieurs, etc.

En l'espèce, comme d'une façon générale, les symptômes en question consistent en ceci : troubles de la motilité (faiblesse musculaire, parésie et, moins souvent, paralysie vraie), avec prédominance marquée pour les extrémités des membres; — troubles sensitifs variés

(1) V., pour l'historique de cette question, un travail récent dû au Dr Ménétrel (*Contribution à l'étude clinique des névrites et des polynévrites périphériques à la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1898).

(troubles douloureux, analgésie, anesthésie, hyperalgésie, etc.); — troubles moteurs et troubles sensitifs le plus souvent associés; — troubles possibles, mais plus rares, des sensibilités spéciales ou sensorielles; — troubles trophiques (amyotrophie), ou même, mais exceptionnellement, troubles dermotrophiques, comme dans un cas du Dr Caradec (1), où une névrite du saphène interne s'accompagna d'hyperthermie locale et de rougeur de la peau, « avec production d'une ligne pigmentée brune suivant le trajet du nerf et poussée de poils plus abondants à ce niveau »; — troubles réflexes; — troubles de réaction électrique, etc.; — et tous ces troubles exactement circonscrits à la distribution anatomique du tronc nerveux.

En dépit de ces divers troubles, parfois très accentués, état d'intégrité apparente du nerf affecté, autant du moins qu'on en peut juger par l'exploration clinique. — En quelques cas cependant on a trouvé le nerf sensible, douloureux même à la pression, et cela sur tout ou partie de son trajet.

Dans le seul cas précité de Caradec, on a perçu sur le trajet du nerf (saphène interne) « une série de petits renflements ovoïdes, gros comme des grains de millet, au nombre de vingt-cinq à trente dans son parcours fémoral et de dix à vingt dans son trajet jambier ».

Enfin, rien autre que ces troubles locaux. — Absence absolue de tout symptôme indiquant une participation des centres nerveux. — De même, absence de toute réaction sur l'état général.

Dans cet ensemble, donc, rien de spécial, rien qui puisse servir d'élément différentiel entre ces névrites d'ordre spécifique et les névrites de n'importe quelle autre provenance. Tout au plus, en certains cas, exacerbation nocturne plus ou moins marquée des phénomènes douloureux; mais c'est là, on le sait, un symptôme qui s'observe en dehors de toute spécificité et qui, conséquemment, ne comporte qu'une signification diagnostique des plus restreintes.

En sorte que la spécificité de ces névrites spécifiques n'est démontrable par aucun de leurs caractères. Elle ne l'est qu'indirectement, de par les considérations suivantes : 1° elles sont toujours précédées d'antécédents de syphilis; — 2° elles coexistent souvent, le plus souvent, avec telle ou telle manifestation de syphilis; — 3° elles se produisent sous des formes à peu près semblables et en des conditions toujours identiques, à savoir sur des sujets en période secondaire et le plus habituellement à terme jeune de la période secondaire; — 4° enfin, soit dit par avance, elles subissent du traitement antisyphilitique une influence curative qui n'est pas récusable.

III. — *Localisations. — Types les plus communs.* — Tantôt les accidents névritiques se limitent à un seul cordon nerveux; — et tantôt ils en affectent plusieurs, deux, trois, quatre, voire un plus

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 98.

grand nombre (*polynévrites*). C'est dire que tantôt ils se limitent à un membre, voire à un segment d'un membre, et tantôt ils affectent plusieurs membres (par exemple, les deux membres supérieurs ou inférieurs), ou même (mais bien plus rarement) les quatre membres.

Au surplus, tout ce qu'on pourrait dire encore sur ces localisations et leur fréquence respective reste absolument sujet à révision. Cela pour deux motifs : d'une part, c'est là un sujet de connaissance toute récente ; d'autre part et surtout la détermination exacte des accidents cliniques qui sont positivement imputables à des névrites est encore toute à faire. Ainsi, convient-il ou non de rapporter à des névrites ces hémiplégies faciales et ces paralysies oculaires qui se produisent parfois au cours de la période secondaire et dont la raison anatomique, imputée jadis à des périostoses et actuellement à des lésions propres des cordons nerveux, reste au total encore inconnue? Convient-il de même de rapporter à des névrites ces troubles si curieux de la sensibilité (anesthésie, analgésie secondaire, etc.) dont je vais avoir bientôt à parler? Impossible d'avoir une opinion faite sur ces divers points.

On dit avoir observé des névrites sur la plupart des nerfs, nerfs des membres, nerfs craniens, nerfs du tronc, nerfs moteurs, sensitifs ou mixtes, et même nerfs sympathiques. Tous ces divers types sont loin d'être démontrés. Quelques autres, au contraire, sont incontestables, tels que les suivants que je citerai comme exemples.

1° Aux membres supérieurs, c'est le **nerf cubital** qui, chose curieuse, est le plus fréquemment affecté.

Cette névrite du cubital, dont plusieurs exemples ont été relatés par MM. Gaucher, Barbe, Neumann, Champenier (1), etc., se traduit par les symptômes suivants : Comme entrée en scène, douleurs vagues dans le bras, avec engourdissement et fourmillements dans l'annulaire et l'auriculaire ; — puis, douleurs s'accentuant et se divisant en deux ordres : douleurs continues, de caractère sourd ; douleurs intermittentes, vives, sous forme d'élancements névralgiques et paroxystiques ; — puis, phénomènes de parésie ; diminution de la force musculaire de la main, avec gêne et faiblesse prédominantes pour certains mouvements (2) ; — diminution notable de la sensibilité tactile dans la moitié interne de la main ; — atrophie musculaire plus ou

(1) *Des névrites syphilitiques et, en particulier, de la névrite cubitale de la période secondaire*, thèse de Paris, 1895.

(2) Au détail, voici ce qu'on a observé comme troubles de motilité : « Difficulté pour pincer avec le pouce et l'index ; — impossibilité d'étendre complètement l'annulaire et le petit doigt ; — difficulté pour rapprocher le petit doigt de l'annulaire ; — diminution, très nette au dynamomètre, de la force de la main, ce qui est dû à la parésie des deux faisceaux internes du muscle fléchisseur profond qui sont innervés par le cubital ; — pour la même raison, flexion de la main difficile ; — adduction de la main difficile, parce que le cubital antérieur, qui participe à ce mouvement, est atteint dans son innervation. — En outre, contractilité électrique diminuée dans les muscles affectés. » (Champenier.)

moins accentuée des espaces interosseux et aplatissement de l'éminence hypothénar, etc.

Comme exemple, voici les particularités cliniques que M. Gaucher a relevées sur l'une de ses malades.

Femme âgée de trente-quatre ans. — Aucun antécédent hystérique. — Syphilis contractée vers novembre 1894. — Roséole; quelques papules; céphalée; névralgie faciale droite; névralgies intercostales du même côté.

Vers la fin de janvier 1895, fourmillements et engourdissements, d'abord intermittents, puis continus, dans l'annulaire et l'auriculaire droits, puis dans la moitié interne de l'avant-bras correspondant. — Diminution notable des diverses sensibilités dans la moitié interne de la main et au bord cubital de l'avant-bras. — Troubles moteurs. — Lorsqu'on fait serrer un de ses doigts entre le pouce et le petit doigt ou l'annulaire de la malade, on constate une grande diminution de la force musculaire du côté droit (adducteur du petit doigt). La différence, sans être aussi grande, est néanmoins sensible lorsque la malade pince avec le pouce et l'index (grand adducteur du pouce). — La force dynamométrique est notablement diminuée à la main droite (11 à droite contre 35 à gauche). — Dès février, atrophie musculaire notable, au niveau du bord interne de la main, des espaces interosseux et de l'éminence thénar (grand adducteur du pouce), etc.

2° Aux membres inférieurs, les névrites secondaires intéressent surtout le **sciatique**. Le cas suivant, relaté par le Dr Ludovic Dubois, est un bel exemple de névrite sciatique développée dans la période secondaire. Il tiendra lieu de description.

Femme âgée de vingt et un ans. — Grossesse et syphilis dès le début du mariage (mai 1882). — Lésions aux parties génitales; puis syphilides. — Accouchement en décembre d'un enfant mort-né.

Peu de temps après l'accouchement, explosion d'une sciatique gauche des plus intenses. *Douleurs* extrêmement vives, surtout dans l'après-midi et la nuit.

Nerf douloureux dans toute son étendue. — Perte d'appétit. — Affaissement par le fait des souffrances.

Sensibilité diminuée dans tout le membre, mais plus manifestement en certains points (partie externe de la jambe et dos du pied).

Affaiblissement du membre malade. Marche impossible, non seulement par le fait des douleurs, mais en raison de la débilité des muscles de la jambe.

De plus, membre amaigri par *amyotrophie*. — Mensuration fournissant les chiffres suivants : 34 centimètres à la cuisse gauche, contre 38 à la cuisse droite ; — 25 centimètres au mollet gauche contre 27,5 au droit.

Sueurs très abondantes, localisées au membre malade.

Le 25 février, on commence le traitement mercuriel (injections de peptonate mercurique). — *Quatre à cinq jours après, amélioration notable.* Douleurs bien moins vives; quelques jours plus tard, la malade peut marcher. — On associe au traitement les courants continus.

Le 31 mars, exeat.

Revue au delà en état de guérison complète. Les douleurs n'ont plus reparu, et, de plus, le membre a repris son volume normal (1).

Polynévrites. — Les polynévrites se traduisent par des symptômes de même ordre, mais *à foyers multiples*. — Comme expression prédominante, elles s'accusent cliniquement par des parésies intéressant les membres, soit les deux membres supérieurs, soit les deux membres inférieurs, soit même (mais plus rarement) les quatre membres.

C'est ainsi qu'on a vu des sujets syphilitiques présenter, en pleine période secondaire, soit une parésie des deux bras, avec douleurs, atrophie musculaire et réaction de dégénérescence (cas de Leyden) ; — soit des symptômes de paraplégie, avec douleurs, altération de la sensibilité, amyotrophie, mais avec intégrité des sphincters (cas de Fordyce) ; — etc.

Une observation très détaillée et très intéressante, due à MM. Spillmann et Etienne, est un bel exemple d'une *polynévrite secondaire diffuse, affectant les quatre membres.*

Cette polynévrite, qui s'était annoncée dès le quatrième mois environ de la maladie, était pleinement accomplie vers le dixième. Elle se caractérisait alors par une paralysie affectant d'une façon prédominante les extrémités des membres, par une amyotrophie considérable et des troubles de la sensibilité. Soumise au traitement spécifique, elle s'amenda presque immédiatement, puis guérit.

Ce fait est vraiment trop curieux pour que je n'en donne pas ici une courte analyse.

Jeune homme de vingt-deux ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents d'alcoolisme et de saturnisme.

Syphilis datant de dix mois (chancres indurés, syphilides bénignes ; — plus tard, céphalée, vertiges, asthénie).

Au dixième mois de la maladie, on constate (sans parler de divers accidents spécifiques, tels que roséole de retour, alopécie intense, plaques muqueuses, hypertrophie de la rate et du corps thyroïde, etc.) des symptômes nerveux des plus accentués, consistant en ceci :

1° *Troubles de motilité :* Impossibilité absolue de marcher ; même soutenu, le malade s'affaisse. — Phénomènes paralytiques, prédominant aux extrémités ; ainsi, tandis que les jambes peuvent encore être soulevées au-dessus du lit, la flexion et l'extension des pieds sont totalement abolies. — Il en est de même aux membres supérieurs, où la force musculaire, assez bien conservée aux bras et aux avant-bras, est presque abolie au niveau des poignets. Le malade ne peut serrer avec les mains. — Au lit, impossibilité de s'asseoir sans le secours des bras. — Sphincters indemnes.

2° *Sensibilité* au toucher et à la piqûre presque abolie au niveau du pied et

(1) Ludovic Dubois, *De la sciatique d'origine syphilitique et en particulier de la sciatique dans le cours des accidents secondaires.* Thèse de Paris, 1884.

de la jambe, du côté droit. — Aucune douleur spontanée ; mais muscles et nerfs douloureux à la pression.

3° *Amyotrophie* très accentuée au niveau des membres, des muscles intercostaux, des masses dorso-lombaires et des interosseux.

4° *Réflexes* des genoux abolis.

Traitement spécifique (par injections de thymol-acétate de mercure) commencé le 28 novembre. — Amélioration immédiate des plus notables, obtenue en quelques jours, puis progressive. — Le malade, dès le 30 décembre, peut marcher sans le secours de personne. — Restauration complète de l'amyotrophie vers la seconde quinzaine de mars, etc.

« Bien sûrement, ajoutent les auteurs, il s'est agi dans ce cas d'une *polynévrite périphérique d'origine syphilitique*. En l'absence de tout antécédent infectieux ou toxique, comme de toute cause occasionnelle (telle que le froid), la syphilis se présentait comme seule étiologie possible ; d'autant que le malade se trouvait en pleine phase d'infection secondaire généralisée, et que ces accidents nerveux ont coïncidé avec une poussée cutanée nouvelle... D'autre part, il ne pouvait s'agir de myélite. Au cas d'une myélite centrale, aiguë ou subaiguë, nous aurions eu à observer des troubles sensitifs beaucoup plus considérables, et les sphincters auraient été rapidement intéressés. Au cas d'une myélite antérieure, il ne se serait produit aucun trouble de sensibilité. Dans les deux cas, nous aurions eu paralysie totale, et non pas cette prédominance extrêmement marquée vers les extrémités périphériques ; puis, l'évolution aurait été tout autre. — La polynévrite périphérique était donc seule acceptable, en raison de la prédominance des phénomènes de paralysie et d'atrophie musculaire, de l'absence de douleurs spontanées, de l'état douloureux des nerfs et des muscles à la pression, etc... »

A remarquer surtout dans ce cas, comme caractéristique en l'espèce, la *prédominance des phénomènes paralytiques sur les extrémités des membres*.

J'ai observé en ville, avec M. le Dr Gilles de la Tourette, un fait analogue sur une jeune femme de vingt-deux ans, de bonne santé antérieure, et non hystérique. Un an après le début d'une syphilis qu'elle tenait de son mari, elle fut prise de très vives douleurs dans le cou, les bras, les hanches, les genoux, les pieds et, plus particulièrement, les orteils. Bientôt après se développa une parésie progressive des quatre membres, surtout marquée aux membres inférieurs, et prédominante dans les mains et les pieds. La marche, notamment, devint bientôt impossible. Les pieds étaient tombants, incapables de se redresser, froids, violacés, et toujours en état de moiteur visqueuse. — Les muscles des jambes s'atrophièrent, en donnant la réaction de dégénérescence. — Les sphincters restèrent indemnes. — On aurait pu croire à une paralysie alcoolique, mais les antécédents excluaient absolument ce diagnostic. — Le traitement spécifique et l'électricité dissipèrent en quelques mois tous ces divers symptômes.

Évolution, pronostic, traitement. — Ces manifestations névritiques procèdent toujours par un début insidieux et une évolution

originelle assez lente. Accomplies, elles restent stationnaires. — Que deviendraient-elles et que dureraient-elles en l'absence d'un traitement approprié à leur nature? Impossible de le préciser encore, étant donné le petit nombre de faits dont on dispose actuellement.

Tout ce qu'on peut en dire est qu'elles cèdent assez facilement à la médication spécifique. Toujours, jusqu'ici du moins, on les a vues guérir sous l'influence de cette médication. Le pronostic peut donc en être dit bénin.

Le mercure est certainement en l'espèce le remède de choix, associé ou non à l'iodure. — L'électricité a paru d'un très utile secours pour combattre l'atrophie et activer le rétablissement de la force musculaire.

VI

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — ANALGÉSIE SECONDAIRE. — C'est l'induction qui m'a conduit (il y a déjà de longues années) à étudier l'état de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis. Voyant que nombre d'intoxications et d'infections ont pour résultat d'altérer cette sensibilité suivant divers modes, je me suis demandé si la syphilis ne ferait pas pareille chose. Et d'une longue, très longue enquête instituée à ce sujet il a résulté pour moi ceci :

1° Que fréquemment, très fréquemment, l'infection secondaire se traduit *chez la femme* par des troubles divers de la sensibilité générale et, tout spécialement, par une curieuse *analgésie* que recommandent à l'attention des localisations spéciales;

2° Que des troubles analogues peuvent se rencontrer chez l'homme, notamment chez l'homme jeune, nerveux, de tempérament féminin, mais qu'ils sont très rares, voire exceptionnels, dans notre sexe.

Modalités cliniques. — Ces troubles sont variés de forme, en ce sens qu'ils peuvent affecter la sensibilité suivant différents modes. Ainsi :

1° Tantôt ils n'intéressent que la sensibilité *à la douleur*, c'est-à-dire constituent ce qu'on appelle l'**analgésie**. C'est là leur forme infiniment la plus commune.

2° Tantôt ils portent à la fois sur la sensibilité à la douleur et la sensibilité au contact, de façon à rendre les malades simultanément analgésiques et anesthésiques.

3° Tantôt, enfin, ils intéressent coïncidemment le sens de la température.

Quelques détails.

La forme usuelle de ces accidents, c'est, je le répète, l'analgésie pure et simple. Dans cette forme, la malade est plus ou moins insen-

sible à une excitation douloureuse, telle que la piqûre à l'épingle, mais elle a conservé le sens du contact. Elle sent qu'elle est touchée par l'épingle sans en éprouver de douleur.

Conjointement avec l'anesthésie tégumentaire, le sens du tact peut être aboli. Cela est beaucoup plus rare. — Mais, remarque curieuse, si l'analgésie peut exister sans anesthésie, la réciproque n'a pas lieu. La syphilis ne fait pas d'anesthésie pure, exceptions rares réservées.

Quelquefois, enfin, mais seulement dans les cas de syphilis nerveuse accentuée, la perte du sens de température s'associe à l'analgésie.

Analgésie secondaire. — Forme de beaucoup la plus importante, soit qu'elle existe seule, soit (ce qui est plus rare) qu'elle se combine à d'autres troubles de sensibilité.

D'abord, comme intensité de symptôme, elle comporte de nombreuses variétés. Tantôt elle ne consiste qu'en une diminution plus ou moins accentuée, légère même parfois, de la sensibilité douloureuse. Tantôt, au contraire, cette sensibilité est presque absolument éteinte, voire abolie. — Entre ces deux extrêmes, tous intermédiaires possibles.

Comme siège, variétés non moins multiples. Ainsi :

1° Elle peut être généralisée ou quasi généralisée à toute l'étendue des téguments. C'est là une forme rare, presque exceptionnelle.

2° Pour l'énorme majorité des cas, au contraire, elle n'est que *partielle*.

Partielle, elle est presque toujours *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté, différant en cela (notons ce point au passage) de l'analgésie hystérique, qui se limite souvent à une moitié du corps.

Partielle, elle est presque toujours *départementale*, c'est-à-dire circonscrite à de certaines régions pour lesquelles elle affecte, comme je le dirai dans un instant, une prédilection singulière et presque révélatrice.

3° Il n'est pas rare, enfin, qu'elle soit absolument irrégulière, voire désordonnée comme localisations. Ainsi, parfois elle se distribue *en îlots*, auquel cas des placards analgésiques (de l'étendue de la paume de la main ou même de la main) se trouvent encadrés par des tissus à sensibilité intacte (1). Plus capricieuse et plus bizarre encore quelquefois, elle peut n'affecter qu'un ou quelques

(1) Comme exemple de cette curieuse distribution de l'analgésie *par îlots*, je citerai le cas d'une des malades actuelles de mon service. Devenue analgésique sous nos yeux, par le fait d'une syphilis secondaire à manifestations nerveuses multiples, cette femme n'a perdu la sensibilité à la douleur que sur certains départements de l'enveloppe cutanée. Ainsi :

Au niveau du tronc, l'analgésie est distribuée par plaques, à la périphérie desquelles le contact douloureux de l'épingle est nettement perçu.

Sur les membres supérieurs, elle occupe les faces externe et postérieure des bras,

doigts, en laissant les autres indemnes, comme aussi inversement les affecter tous à l'exception d'un ou de deux, etc. (1).

Mais je passe sur ces détails, qui ne sont que curieux, pour arriver au caractère vraiment majeur de l'analgésie secondaire.

Ce caractère, c'est la singulière prédilection de siège qu'elle affecte pour deux régions, à savoir :

1° La RÉGION MAMMAIRE ;

2° La RÉGION DORSALE DU MÉTACARPE.

I. — N'est-ce pas, d'abord, chose plus qu'inattendue, plus que bizarre, de voir la syphilis faire élection du sein pour se traduire là, sur un organe aussi sensible, aussi hyperesthésique physiologiquement, par des troubles analgésiques? Et n'est-ce pas extraordinaire, d'autre part, que de voir les téguments du sein analgésiés au centre de téguments dont la sensibilité est restée indemne?

Eh bien, si invraisemblable que cela soit *à priori*, cela est cependant. Des centaines de fois j'ai montré à mes élèves et aux auditeurs de mes cliniques des femmes en puissance de syphilis secondaire qui ne sentaient absolument pas la piqûre de l'épingle sur la région même du sein, tandis qu'elles la percevaient sur toutes les régions périphériques. Le fait reste donc incontestable et d'ailleurs incontesté.

II. — Mais bien plus commune encore et non moins caractéristique est la localisation dorso-métacarpienne de l'analgésie. Rien de plus fréquent que d'observer ceci : Au niveau de la *face dorsale du métacarpe*, insensibilité des téguments à la piqûre, alors qu'au voisinage, c'est-à-dire sur les faces latérales de la main et sur la région palmaire, la sensibilité à la piqûre reste conservée. Il y a même là un contraste saisissant pour l'observateur, qui détermine ou non une douleur suivant qu'il pique la face palmaire ou la face dorsale de la même main.

la face externe des avant-bras, la face dorsale du métacarpe et des doigts ; mais partout ailleurs la sensibilité est restée normale.

Aux membres inférieurs, la localisation de l'analgésie est plus irrégulière encore : longue bande analgésique suivant la face externe de la cuisse ; plaques analgésiques sur les faces latérales du genou, dont les parties antérieure et postérieure conservent leur sensibilité intacte ; large plaque analgésique occupant la face antéro-externe de la jambe ; îlots analgésiques autour de l'articulation tibio-tarsienne. — Sur tous les autres points et aux pieds notamment, état absolument normal de la sensibilité.

(1) Exemples : une de nos malades ne présentait d'analgésie que sur la face dorsale du métacarpe gauche et de l'annulaire gauche ; — une autre était analgésique au niveau des seins, des joues, de la face dorsale des métacarpes et de tous les doigts, à l'exception de l'annulaire et de l'auriculaire gauches (!) ; — une troisième n'était analgésique qu'à droite, au niveau de la joue, du cou, du sein, du bras, de l'avant-bras et de la face dorsale du métacarpe, etc.

Toutes les bizarreries possibles ont été notées au point de vue des localisations de cette analgésie secondaire.

Cette analgésie occupe exactement comme siège la face dorsale du métacarpe, surtout au niveau de sa région centrale. — Assez souvent elle se prolonge plus ou moins soit sur la face dorsale des doigts, soit sur la face dorsale du poignet.

Elle peut exister là exclusivement. Mais, très souvent aussi, elle coïncide avec l'analgésie mammaire ou avec des analgésies d'autres sièges. — Dans ce dernier cas, elle affecte généralement son intensité maxima sur la région métacarpienne. — C'est là aussi qu'elle survit le plus longtemps, alors que des analgésies d'autres sièges ont déjà disparu.

Aussi bien, déduction pratique, est-ce sur la face dorsale du métacarpe qu'il convient de rechercher de prime abord l'analgésie secondaire, et cela pour deux raisons : parce que, d'une part, elle existe toujours là alors qu'elle existe ailleurs ; — et parce que, d'autre part, elle peut n'exister ou ne plus exister que là.

Analgésie mammaire et analgésie dorso-métacarpienne, voilà pour l'analgésie secondaire deux localisations préférées, deux foyers d'élection. Eh bien, en vérité, nul besoin d'insister pour faire ressortir la *singularité* même de ces deux localisations, singularité qui ne saurait tenir qu'au génie morbide, qui ressort bien certainement de l'essence même d'origine de tels symptômes, et qui, conséquemment, confère à l'analgésie syphilitique une physionomie spéciale dont le diagnostic peut faire utile profit.

III. — L'analgésie secondaire est essentiellement une analgésie *cutanée*. Elle intéresse la peau, mais laisse indemnes les tissus sous-jacents. Ainsi, la même malade qui ne sent pas la piqûre de l'épingle est sensible à des excitations plus profondes (telles que le pincement), c'est-à-dire intéressant le tissu cellulaire ou les filets nerveux sous-cutanés.

De plus, cette analgésie cutanée est superficielle ou profonde suivant les cas. Parfois elle se tient, si je puis ainsi parler, à fleur de peau, en sorte que la piqûre de l'épingle n'est pas sentie si elle reste superficielle, mais devient douloureuse si elle pénètre plus avant. — En d'autres cas elle intéresse le derme plus profondément, voire dans dans toute son épaisseur, et alors on peut traverser la peau sans éveiller la moindre sensation de douleur.

Enfin, cette analgésie secondaire est-elle susceptible de s'étendre aux muqueuses? Il est certain que, plusieurs fois, on a vu coïncider avec elle des troubles anesthésiques ou analgésiques de diverses muqueuses (muqueuse buccale, linguale, nasale, conjonctivale, etc.). Mais, d'une part, les cas de cet ordre sont rares. D'autre part, il n'est pas à méconnaître que l'hystérie peut ne pas y être étrangère. En

sorte que la question des analgésies muqueuses d'origine spécifique est loin encore d'être résolue. Il convient, je crois, de la réserver.

IV. — La *durée* de ces troubles de sensibilité est très variable. Dans les cas légers, elle peut ne pas dépasser quelques septénaires. Mais, bien plus souvent, elle se prolonge davantage, à savoir trois, quatre à cinq et six mois.

Il n'est pas rare encore que l'analgésie secondaire disparaisse dans la plupart de ses foyers pour subsister longuement sur quelques-uns, notamment sur les membres et sur la face dorsale du métacarpe. Ainsi, j'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs femmes qui, après douze à quinze mois, conservaient encore des îlots analgésiques sur quelques points.

Nature. — Il était bien légitime de se demander si ces troubles de la sensibilité procèdent bien réellement de la syphilis ou s'ils ne dérivent pas d'affections étrangères coïncidant avec la syphilis, telles que l'hystérie tout particulièrement. Or, la question, longuement examinée et étudiée sous toutes ses faces, me semble jugée actuellement de la façon suivante.

I. — Non, bien certainement, ces troubles de sensibilité ne sont pas imputables à l'*hystérie*, car on les observe très fréquemment sur des femmes n'offrant absolument rien d'hystérique ni dans leurs antécédents ni dans leur état actuel, voire indemnes de toute prédisposition héréditaire ou acquise aux accidents nerveux. Je me suis aidé récemment, en vue de contrôler les résultats de mon enquête personnelle, du concours de mon collègue et ami le Dr Gilles de la Tourette, si compétent en pareille matière, et ce distingué médecin a constaté, comme moi, que les troubles en question se rencontrent souvent sur des malades *à l'abri de tout soupçon d'hystérie*.

D'ailleurs, quand on étudie de près et comparativement l'analgésie que réalise l'hystérie et celle de nos malades, ce parallèle dénonce de l'une à l'autre des différences multiples et importantes qui témoignent bien de leur diversité d'origine. On en jugera par le tableau suivant :

Analgésie syphilitique.	**Analgésie hystérique.**
I. — Assez souvent *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté, et n'affectant pas de prédilection pour la moitié *gauche* du corps.	I. — Très souvent *asymétrique*, et affectant une prédilection très marquée pour une *moitié* du corps, la *gauche* en particulier.
II. — Prédilection très marquée pour certaines localisations spéciales, à savoir : 1° *Face dorsale du métacarpe*; 2° Région du *sein*.	II. — Pas de prédilection pour la face dorsale du métacarpe et les seins.

Analgésie syphilitique (*Suite*).	**Analgésie hystérique** (*Suite*).
III. — Distribution remarquablement *irrégulière*, en nombre de cas; — fréquence de la forme dite analgésie *en îlots*.	III. — Distribution moins irrégulière relativement; — nappes analgésiques généralement plus étendues.
IV. — Anesthésie ne s'associant à l'analgésie que dans un nombre de cas assez limité.	IV. — Anesthésie très fréquemment associée à l'analgésie.
V. — Coïncidence exceptionnelle de phénomènes hyperesthésiques avec l'analgésie de la syphilis.	V. — Coïncidence très habituelle d'accidents hyperesthésiques avec l'analgésie de l'hystérie.
VI. — Extension rare de l'analgésie cutanée aux muqueuses; — anesthésie et analgésie musculaire tout à fait exceptionnelles.	VI. — Extension très fréquente des troubles de sensibilité cutanée soit aux muqueuses, soit aux muscles.
VII. — Coïncidence très habituelle, voire presque constante, d'accidents spécifiques secondaires. Antécédents de syphilis.	VII. — Symptômes concomitants ou antérieurs : phénomènes multiples d'hystérie convulsive ou vaporeuse, d'hystéricisme, de nervosisme. *Stigmates* variés d'hystérie. Sauf coïncidence, pas d'accidents actuels ou d'antécédents de syphilis.

II. — D'autre part, que l'on juge si de bonnes et légitimes raisons n'autorisent pas à rattacher à la syphilis ces troubles de sensibilité.

1° C'est, d'abord, la *fréquence même* de ces troubles, qui, je le rappelle encore, sont *des plus communs* chez la femme à la période secondaire. Seraient-ils aussi fréquents s'ils ne constituaient que des accidents de fortuite coïncidence ? Le simple bon sens se refuse à le croire.

2° C'est, en second lieu, — raison plus probante encore — le développement de ces troubles *dans des conditions toujours identiques*. Quand les voit-on se manifester? Toujours à la période secondaire de la syphilis, et cela dans les premiers mois de cette période, coïncidemment soit avec d'autres accidents syphilitiques d'allure différente (éruptions cutanées, papules muqueuses, adénopathies, etc.), soit avec d'autres phénomènes de même ordre affectant le système nerveux. Ne serait-il pas singulier que, faisant partie d'un tel ensemble, ces troubles de sensibilité n'y figurassent qu'au titre de manifestations étrangères et par le seul fait d'éventuelles coïncidences ?

3° C'est, en troisième lieu, l'*évolution* même de ces désordres pathologiques. Apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, ils se conduisent, si je puis ainsi parler, comme ces dernières manifestations, à savoir : ils durent ce qu'elles durent ou peu s'en faut; — ils s'atténuent et disparaissent avec elles; — ils subissent à peu près la même influence que celles-ci du traitement et du temps. Ils sont, en un mot, ce qu'elles sont, et ils évoluent comme elles. Comment leur refuser l'essence syphilitique, indéniable aux accidents du groupe pathologique dont ils font partie ?

Et, d'ailleurs, qu'y a-t-il donc de surprenant à ce que la syphilis

éveille de tels désordres ? N'est-ce pas une maladie qui, chez la femme surtout, influence au plus haut point le système nerveux et en trouble le fonctionnement de cent façons différentes ? Ne voit-on pas, d'autre part, des phénomènes semblables se produire dans bon nombre d'infections ou même d'intoxications, par exemple dans l'empoisonnement saturnin, arsenical, alcoolique, etc. ? L'analogie pathologique témoigne donc, elle aussi, en faveur de l'opinion que je défends, et, somme toute, je conclurai en disant que tout nous autorise à croire que le poison syphilitique peut, à l'égal d'autres poisons, retentir sur la sensibilité.

VII

TREMBLEMENT MUSCULAIRE. — Une autre modalité nerveuse, résultant de l'éréthisme secondaire, consiste dans le *tremblement*, phénomène peu connu et n'ayant pas encore fait sa trouée dans la science courante, bien que je l'aie décrit d'assez vieille date déjà.

C'est là, je l'avoue, un phénomène assez rare. Toutefois, lorsqu'on observe sur un public nombreux et dans des services spéciaux, il ne laisse pas de se présenter de temps à autre. En quatre années, à Lourcine, j'ai pu en recueillir une trentaine de cas.

C'est là aussi, par excellence, un phénomène de syphilis *féminine*. A quelques très rares exceptions près, je ne l'ai jamais rencontré que chez la femme.

Il appartient presque exclusivement à la période secondaire, et c'est même un symptôme assez précoce de cette période. Presque toujours il est contemporain de ces grandes poussées nerveuses qui se produisent chez la femme dans les trois, quatre ou six premiers mois de l'infection.

Comme préambule, inutile de dire qu'il n'offre rien de commun avec le tremblement qui, à des étapes plus reculées de la diathèse, se produit parfois comme symptôme de lésions tertiaires du névraxe. Ce dernier a son origine et sa raison dans des altérations graves des centres nerveux ; il coïncide presque nécessairement avec des parésies, des paralysies, des troubles intellectuels, des symptômes cérébraux divers. Tout autre est le tremblement secondaire. Celui-ci constitue à lui seul toute l'affection. Il ne comporte ni, comme origine, une lésion cérébrale, ni, comme phénomènes associés, des accidents d'encéphalopathie. C'est un simple trouble *dynamique* du système nerveux, trouble isolé, essentiellement temporaire, nécessairement bénin.

Symptômes. — Ce tremblement secondaire consiste exclusivement en ceci : une agitation convulsive de certaines parties du corps sous forme de rapides secousses, résultant d'une série alternative de contractions et de relâchements musculaires.

Il se produit d'une façon assez brusque, sans être précédé d'aucun phénomène qui l'annonce. Du jour au lendemain les malades s'aperçoivent, non sans étonnement, que leurs mains tremblent. Je dis « leurs mains », parce que le tremblement débute toujours par les membres supérieurs. Jamais il n'affecte du premier coup les membres abdominaux.

Il est toujours *partiel*. Dans aucun cas je ne l'ai vu se généraliser.

Comme siège, il occupe exclusivement les membres (1), et les *membres supérieurs* bien plus souvent que les inférieurs. — Jamais il ne s'étend au tronc, non plus qu'à la tête.

Parfois il est circonscrit, unilatéral, limité, par exemple, à un seul bras.

En définitive, c'est toujours aux mains qu'il est le plus accusé et le plus facilement appréciable en conséquence pour le malade comme pour le médecin.

Variable de forme et d'intensité, il consiste tantôt en une sorte de trépidation musculaire à rapides et très petites secousses, qu'il faut en quelque sorte guetter pour les percevoir, et tantôt en des oscillations bien plus accentuées, bien plus étendues, presque comparables, par exemple, à celles de l'alcoolisme ou du tremblement de la frayeur. Entre ces deux extrêmes tous les degrés intermédiaires peuvent s'observer. — Quelle qu'en soit la forme, du reste, l'observateur, en plaçant la main sur le membre affecté, perçoit nettement dans les masses musculaires une agitation convulsive, une sorte de frémissement fibrillaire.

Cadencé et rythmique en certains cas, ce tremblement affecte, en d'autres circonstances, une notable irrégularité. Il se compose alors d'une série de secousses très inégales entre elles, auxquelles s'ajoutent souvent des spasmes plus étendus.

Le sphygmographe (qui peut être détourné de ses applications habituelles pour servir d'instrument enregistreur des tremblements musculaires) rend un compte précis de toutes les formes, de toutes les nuances dont est susceptible le phénomène que nous étudions. Il les *écrit*, pour ainsi dire, il les enregistre avec une fidélité surprenante. Grâce à lui, je vais pouvoir produire toute une série de tracés qui représenteront le tremblement secondaire dans ses diverses variétés.

Voici d'abord quatre spécimens de la première variété, consistant en une sorte de *trépidation musculaire rythmique, à petites et très brèves secousses* (fig. 2, 3, 4, 5).

Cette variété n'est pas la plus commune. Elle cède le pas, comme fréquence, à la suivante (fig. 6), consistant en une série de secousses musculaires à la fois *plus étendues, moins rapides, plus irrégulières*.

(1) Dans un seul cas, j'ai noté sur une de mes malades un léger tremblement de la langue, lequel n'a pas persisté au delà de quelques jours.

Ce dernier tracé représente le tremblement syphilitique composé par une série d'oscillations musculaires *d'étendue moyenne, presque*

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

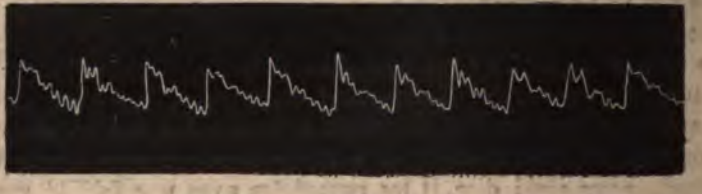


Fig. 5.

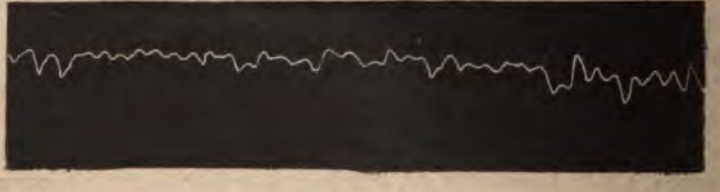


Fig. 6.

égales entre elles et régulières, pour ainsi dire, dans leur irrégularité.

Tel, en effet, il s'offre fréquemment à l'observation.

Le plus habituellement, toutefois, à ces oscillations d'égale étendue s'ajoutent d'une façon intermittente des secousses plus intenses, de véritables *soubresauts* musculaires, lesquels soulèvent ou abaissent brusquement le levier du sphygmographe, de façon à donner lieu aux tracés les plus bizarres. (Voy. comme exemples, les figures 7, 8 et 9.)

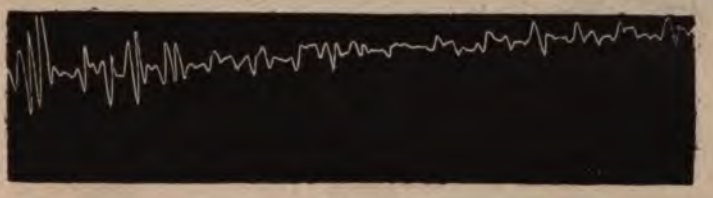


Fig. 7.

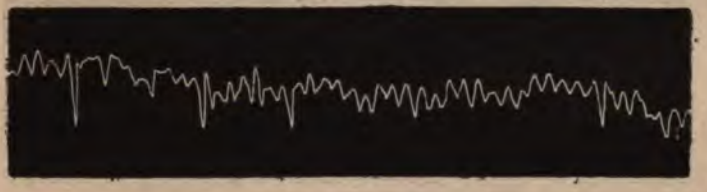


Fig. 8.

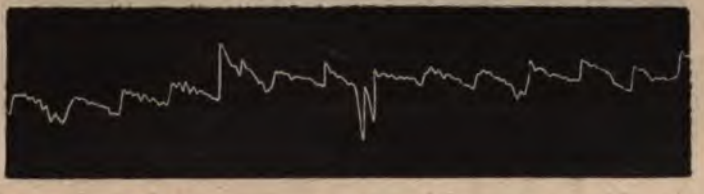


Fig. 9.

Parfois encore ces soubresauts musculaires deviennent extrêmement intenses et projettent le levier à une grande hauteur, comme dans les figures 10 et 11.

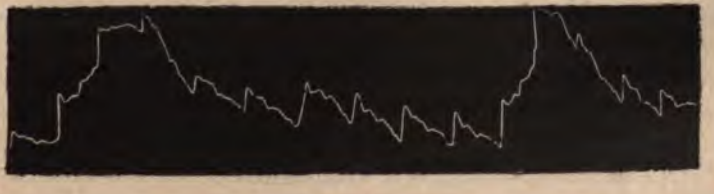


Fig. 10.

Enfin, dans une autre variété plus rare, presque exceptionnelle même, les secousses du tremblement syphilitique sont à la fois

remarquables par leur *intensité* et par la *rapidité* extraordinaire avec

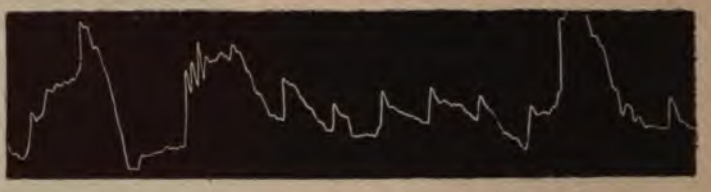


Fig. 11.

laquelle elles se succèdent. Les tracés qu'elles fournissent alors sont des plus singuliers, comme dans les figures 12 et 13.

Fig. 12.

Fig. 13.

Le tremblement secondaire est essentiellement irrégulier et intermittent. En général, il procède *par accès*. Ces accès, qui parfois éclatent à propos d'une circonstance tout accidentelle (émotion, changement d'attitude, mouvement, travail, etc.), se manifestent le plus souvent *sponte suâ*, sans provocation, sans excitation d'aucun genre. Leur apparition n'a rien de fixe. Il s'en produit habituellement une série dans l'espace d'une journée. D'autres fois ils se suspendent pendant un ou plusieurs jours pour reparaître ensuite, etc.

Quant à leur durée, ils ne sont pas moins variables d'un sujet à un autre. Tantôt presque fugitifs, ils s'apaisent en quelques minutes ; tantôt ils durent plusieurs heures ou même tout le jour. Invariablement ils sont interrompus par le sommeil.

Dans une autre forme plus rare, le tremblement affecte un type différent. Il est alors continu, mais continu avec rémissions et exacerbations successives, lesquelles sont absolument irrégulières comme évolution.

Même variabilité au point de vue de la durée totale du symptôme. Chez certaines malades, le tremblement ne persiste pas au delà de huit à quinze jours. Chez la plupart il se prolonge, avec des intervalles de repos, de quatre à huit ou dix septénaires. — Plusieurs fois, enfin, je l'ai vu récidiver à courtes échéances. C'est ainsi que trois de mes malades sont restées sujettes, pendant une durée de cinq à six mois, à des crises de tremblement qui se reproduisaient de temps à autre, très irrégulièrement.

En tant que trouble fonctionnel, le tremblement secondaire affecte très inégalement les malades. Léger, c'est à peine s'il attire leur attention, car il ne les incommode pas réellement ; aussi, sous cette forme, a-t-il toute chance pour passer inaperçu du médecin. — Moyen, il apporte déjà une gêne notable dans certains travaux de la main, comme dans le travail à l'aiguille. — Devenant plus intense, il trouble les mouvements d'une façon sérieuse, leur enlève toute précision, et crée une véritable infirmité passagère. A ce degré, par exemple, les malades ne peuvent que difficilement porter une cuiller à la bouche sans en répandre le contenu. Une femme de mon service qui, pendant une quinzaine, fut affligée d'un tremblement très intense, était obligée, pour manger sa soupe, de s'y prendre à deux mains, la gauche devant venir en aide à la droite pour lui servir de point d'appui. — Ce qui d'ailleurs, en certains cas, ne contribue pas médiocrement à exagérer ces troubles fonctionnels, c'est qu'au tremblement s'ajoutent des spasmes musculaires plus étendus, de véritables soubresauts tendineux, qui se produisent par saccades Voy. fig. 7 à 11) et compromettent plus sérieusement encore la précision des mouvements.

Quant à la pathogénie du phénomène, inutile de dire qu'elle nous échappe, comme nous échappe du reste la raison physiologique des tremblements de toute nature. Différentes hypothèses, qu'il serait superflu de discuter, se trouvent en présence ici. La plus simple et la plus rationnelle, ce me semble, est celle qui place l'origine de ce tremblement non pas dans le muscle lui-même, mais dans le *système nerveux*. Le muscle, bien évidemment, n'est ici que l'agent intermédiaire du phénomène et ne fait qu'obéir à une incitation supérieure partant des centres nerveux. Ce qui confirme indirectement cette manière de voir, c'est, d'une part, que le tremblement syphilitique s'observe le plus souvent en compagnie d'autres troubles du système cérébro-spinal (névralgies, douleurs névralgiformes, analgésie, algidités périphériques, sueurs, fièvre, étourdissements, battements de cœur, crises hystériformes, etc.); — c'est, d'autre part, qu'il est fréquemment excité et réveillé par des causes purement morales ; — et c'est, enfin, qu'il se produit de préférence dans les syphilis *de forme*

nerveuse, chez les femmes dont le système nerveux est vivement impressionné par l'infection secondaire.

Suffit-il de constater simultanément sur un malade la syphilis et le tremblement pour déclarer ce tremblement de nature syphilitique? Non, certes. On n'est autorisé à rattacher ce symptôme à la diathèse qu'après mûr examen, qu'après revue et exclusion de toutes les causes susceptibles de déterminer un phénomène de cet ordre, telles qu'alcoolisme, mercurialisme, saturnisme, intoxications diverses, états nerveux d'origines variées (émotions, excès, onanisme, hystérie), prédispositions individuelles ou héréditaires, etc. D'une façon générale, en effet, l'étiologie du tremblement est toujours assez complexe. En l'espèce, elle exige un examen diagnostique des plus complets, et ce n'est, je le répète, qu'après avoir scrupuleusement et minutieusement interrogé les antécédents des malades, leur constitution, leur état actuel, l'ensemble intégral de leur état morbide, qu'on est admis à se prononcer sur l'origine spécifique du tremblement.

Un dernier mot. Lorsque, pour la première fois, je signalai dans mes cours l'existence du tremblement syphilitique, certains adversaires acharnés du mercure m'adressèrent une objection à laquelle j'avais peut-être droit de ne pas m'attendre. « Ce que vous prenez, me dirent-ils, pour un effet de la maladie n'est qu'un effet de votre remède. Ce tremblement ne dérive pas de la syphilis; il ne provient que du *mercure*. » Puisqu'une telle objection a été formulée, force m'est bien d'y répondre. Je pourrais dire, d'abord, que le tremblement mercuriel, comme nombre d'auteurs l'ont remarqué, est un phénomène d'intoxication ancienne, un phénomène qui exige d'ordinaire pour se produire une exposition habituelle et prolongée à l'action du mercure. Je pourrais dire aussi que le mercure, administré comme nous le donnons, comme tout le monde le donne thérapeutiquement, n'a jamais fait trembler personne, et que, loin de produire le tremblement, il le guérit, etc. Mais j'ai mieux que cela pour satisfaire mes contradicteurs. Douze de mes malades, sur lesquelles j'ai constaté le tremblement syphilitique, n'avaient jamais pris *un atome* de mercure. Cela, je pense, est péremptoire et me dispense d'autre commentaire.

VIII

SUREXCITATION OU RÉVEIL DE NÉVROSES ANTÉRIEURES. GENÈSE DE NÉVROSES.

L'impression exercée par la syphilis secondaire sur le système nerveux peut se traduire de deux façons, à savoir : soit par l'exa-

cerbation ou le réveil de névroses préexistantes, soit par la genèse de névroses qui n'existaient pas avant l'infection ou qui, du moins, ne s'étaient encore révélées par aucun indice.

Ces deux points demandent à être envisagés séparément.

I. — La syphilis secondaire se traduit quelquefois par la stimulation ou le réveil de certaines névroses préexistantes.

1. — De nombreux exemples de ce fait nous sont offerts d'abord par la névrose usuelle du sexe féminin, c'est-à-dire l'**hystérie**, et cela sous deux formes, à savoir : recrudescence ou rappel de symptômes hystériques.

1° *Recrudescence.* — Soit une femme hystérique venant à contracter la syphilis. Eh bien, je l'affirme, il est absolument commun que, pendant la période secondaire et surtout pendant les premiers temps de cette période, cette femme présente une exacerbation plus ou moins marquée des symptômes qui lui sont familiers ou bien qu'elle devienne sujette à d'autres symptômes de même origine, mais de forme différente. Elle aura, par exemple, des crises plus fréquentes ou plus intenses. Ou bien encore elle deviendra sujette à telle ou telle modalité de phénomènes qu'elle n'avait pas éprouvés jusqu'alors : éréthisme nerveux, vapeurs, pâmoisons, sensations douloureuses de divers sièges, hyperesthésies, sensations de « boule » remontant de l'épigastre au pharynx, etc. — En un mot, chez elle, l'hystérie subira une exacerbation plus ou moins notable, et cela bien manifestement du fait de la syphilis.

2° *Récidive.* — De même, certaines femmes anciennement hystériques, mais dont les accès s'étaient calmés ou même avaient disparu totalement depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux rentrer soudainement en scène au cours de la période secondaire. Sous l'influence de la syphilis, elles redeviennent subitement hystériques à compte nouveau, si je puis ainsi parler, et semblent subir ainsi une sorte de récidive du mal dont elles pouvaient se croire délivrées.

En vérité, il n'est rien dans tout cela qui soit de nature à nous surprendre. Comment une grande infection telle que la syphilis, qui importe, comme on l'a dit, un branle-bas dans le système nerveux, pourrait-elle laisser indifférente une névrose aussi éréthique, aussi mobile, aussi sujette à oscillations et à recrudescences que l'est l'hystérie? Que la syphilis donne à l'hystérie ce qu'on appelle le *coup de fouet*, rien de plus naturel. Ne voit-on pas journellement l'hystérie subir des exacerbations de même ordre à propos de causes des plus variées, à propos de perturbations physiques aussi bien que de commotions morales, etc.? Et la vérole n'est-elle pas merveilleusement faite à tous égards pour exciter ou réveiller une névrose

aussi impressionnable, aussi facilement accessible aux stimulations de tout genre?

Je n'ajouterai donc à ce qui précède qu'une double remarque : c'est que, d'une part, ces réveils, ces rappels de l'hystérie peuvent se produire à longue échéance, c'est-à-dire longtemps après sédation des phénomènes hystériques (sept ans, par exemple, dans le cas qui va suivre); — c'est, d'autre part, qu'ils peuvent affecter des formes plus sévères, plus intenses, que dans les étapes antérieures.

De cela témoignera, à l'un et l'autre de ces points de vue, une très curieuse observation de M. le Dr Paul Raymond, qui peut être résumée comme il suit :

Jeune fille hystérique. — De dix-sept à dix-huit ans, crises convulsives fréquentes, avec quelques autres menus symptômes de même ordre. — Sédation de ces accidents *depuis sept ans*. — A ce moment, syphilis. — Alors et presque immédiatement après l'explosion secondaire, retour des symptômes hystériques; puis *paraplégie* à début brusque, n'intéressant que les muscles soumis à la volonté, sans trouble des sphincters; et (remarquez bien ceci) paraplégie « par auto-suggestion », ayant reconnu vraisemblablement pour cause occasionnelle le voisinage, à l'hôpital, d'une malade syphilitique affectée de paraplégie. — Simultanément, troubles de sensibilité du côté gauche; hémianesthésie sensitivo-sensorielle; disparition du réflexe pharyngé ; rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie de l'œil gauche ; diminution du goût sur la moitié gauche de la langue, etc., etc. — Et ce n'est pas tout. Deux mois plus tard, et cette fois encore à propos du voisinage d'une malade syphilitique affectée d'otite, *surdité* des deux oreilles, sans la moindre lésion apparente.— Puis, à ce moment, secousse morale, à la suite de laquelle la *paraplégie disparaît* complètement en quelques jours, etc... (1).

II. — Pour être plus rare (et cela sans doute parce qu'elle n'a pas l'occasion de s'exercer aussi souvent), l'influence de la syphilis secondaire sur l'**épilepsie** n'en est pas moins avérée. Bien positivement l'éréthisme nerveux secondaire stimule, incite l'épilepsie, et en sollicite, en multiplie les décharges. De cela, voici un bel exemple.

Une de mes malades de Lourcine, âgée de vingt-sept ans, grande, robuste, bien musclée, était épileptique depuis son enfance. Jusqu'à l'âge de la puberté elle a eu des attaques très fréquentes. Mais, plus tard, les crises se sont distancées, à ce point que, depuis dix ans, il ne s'en est plus produit que six, dont la malade fournit les dates précises de la façon suivante : une à dix-sept ans et une autre à vingt, survenues toutes deux sans causes appréciables ; — trois à vingt-quatre ans, coup sur coup, « déterminées par

(1) Paul Raymond, *Hystérie et syphilis ; paralysie psychique* (*Progrès médical*, 1888, nº 14).

un violent chagrin » ; — une dernière il y a quinze mois, ayant succédé à une émotion très vive.

En octobre ou novembre de l'année dernière, cette femme prend la syphilis. Elle ne se traite pas, et des accidents secondaires (syphilides, plaques muqueuses, céphalée, etc.) commencent à se produire en décembre. — En janvier, *crise épileptique*, survenue à la suite de violents maux de tête. Pas de traitement. — De janvier à février, les accidents spécifiques se multiplient ; la peau se couvre d'éruptions ; la céphalée augmente ; simultanément, *quatre nouvelles crises d'épilepsie*. — Vers la fin de février, la malade se décide à entrer à l'hôpital, et nous constatons sur elle une syphilide papulo-squameuse extrêmement confluente, des syphilides muqueuses, des croûtes du cuir chevelu avec alopécie, et divers autres symptômes que je passe sous silence ; en outre, douleurs névralgiformes multiples et céphalée. — La médication spécifique est aussitôt instituée ; mais les divers accidents que je viens de citer ne se modifient que d'une façon assez lente, et, de février aux premiers jours d'avril, *six crises épileptiques*, formellement épileptiques, se produisent sous nos yeux, à l'hôpital, en dehors de toute provocation, de toute excitation physique ou morale. — Puis, enfin, l'action thérapeutique se manifeste ; la céphalée se calme, les syphilides s'affaissent ; et, parallèlement, les crises épileptiques se suspendent absolument pour ne plus reparaître.

En résumé : Une femme épileptique ne présente que six crises en dix ans. — Elle contracte la vérole ; tout aussitôt *onze crises épileptiques se produisent en moins de quatre mois*. — Elle se traite ; les symptômes spécifiques s'amendent, et, simultanément, l'incitation épileptique s'éteint.

Quoi de plus probant ? Ne serait-il qu'isolé, un tel fait aurait par lui seul une signification réelle, incontestable. Mais, loin d'être isolé, il trouve sa confirmation en nombre d'autres cas analogues ou identiques, déposant tous dans le même sens.

Donc, il n'est pas douteux que la syphilis réagisse parfois sur l'hystérie ou l'épilepsie, de façon soit à stimuler, soit à réveiller les manifestations de ces deux névroses.

Que devient et combien dure cette incitation communiquée aux névroses par la syphilis ? D'après ce que j'ai vu, elle n'est jamais que *momentanée*, *provisoire*. Au bout d'un certain temps, toujours elle s'apaise. Elle ne persiste guère, en moyenne, au delà de quelques mois. C'est dire qu'elle dure environ ce que dure l'orage nerveux secondaire.

Au point de vue thérapeutique, il résulte aussi de l'expérience que le meilleur moyen de combattre ces réveils ou ces exacerbations de névroses au cours de l'étape secondaire consiste, non pas dans la thérapeutique propre de ces névroses, mais dans le traitement de la syphilis. En face d'une hystérie ou d'une épilepsie surexcitée par la vérole, ce serait faire fausse route, je crois, que de s'adresser aux médications anti-hystériques ou anti-épileptiques. Plus rationnel et plus sûr est de s'attaquer à la vérole, cause indirecte, mais efficiente, de tels retours d'accidents.

II. — Second point : **La syphilis secondaire peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle**, qui ne s'étaient jamais révélées par aucun indice et qui, sans elle, peut-être ne se seraient jamais produites.

Cela, d'abord, est incontestable pour l'hystérie.

Hystérie secondaire. — Assez souvent, en effet, on voit se manifester sur certaines femmes, au cours de la période secondaire, des phénomènes hystériques (hystériformes pour le moins) qui n'ont été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable. Ces phénomènes sont tels ou tels des suivants :

Éréthisme nerveux ; — impressionnabilité insolite ; — mobilité d'humeur, changement de caractère, irascibilité, caprices, pleurs sans motifs, colères sans cause, etc.

Sensations douloureuses, fixes ou erratiques, difficilement localisables en général, à savoir : constriction thoracique, poids à l'épigastre, dyspnée sans raison, pandiculations, vapeurs, pâmoisons, hyperesthésie rachidienne, globe hystérique semblant remonter de l'estomac à la gorge, etc.

Spasmes musculaires ; — tremblements passagers ; — convulsions partielles de certains muscles.

Défaillances, lipothymies.

Et, enfin, comme phénomènes majeurs de fréquence moindre, véritables accès d'hystérie convulsive, avec mouvements tumultueux, jactitation et torsion des membres, projection du bassin, angoisse pharyngée, etc.

Qu'est-ce que tout cela, sinon de l'hystérie ? Impossible de ne pas qualifier de ce nom de tels symptômes.

Or, sur quelles femmes ces dits symptômes s'observent-ils au cours de l'infection secondaire ? Sur deux catégories de femmes, à savoir :

1° Pour la grande généralité des cas, sur des femmes qui, avant de contracter la syphilis, n'ont jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie, mais qui, de par hérédité ou de par tempérament acquis, peuvent être dites des femmes « nerveuses » ;

2° Mais, pour quelques cas aussi, bien positivement, sur des femmes qui, avant de devenir syphilitiques, non seulement sont restées indemnes de tout symptôme d'hystérie, mais, de plus, n'ont jamais donné lieu au moindre soupçon de nervosisme. — (A vrai dire, toutefois, quelle femme, en raison même de sa nature féminine, n'est pas étoffe à nervosisme ?)

Quoi qu'il en soit, lorsqu'elle vient à se manifester sur tel ou tel de ces deux groupes de femmes, l'hystérie est, pour les unes et les autres, quelque chose de *nouveau*, quelque chose sans précédents de même ordre dans le passé. Bien sûrement et au-dessus de toute contestation possible, ce sont là des femmes *qui n'étaient pas hysté-*

riques au préalable et *qui le sont devenues au cours de la période secondaire.*

Mais le sont-elles devenues du fait de la syphilis? Impossible vraiment de ne pas le croire, et cela de par toute une série de raisons que voici.

D'une part, en effet, cette hystérie qui se produit de la sorte chez les sujets syphilitiques prend toujours naissance à une même période de la diathèse (période secondaire) et dans les mêmes conditions. — D'autre part, elle apparaît toujours en coïncidence avec d'autres manifestations d'ordre incontestablement spécifique. — Puis encore, pour le dire par avance, elle affecte une évolution parallèle à celle de ces autres manifestations; c'est-à-dire que, née avec elles, elle dure ce qu'elles durent, pour disparaître avec elles à peu près dans le même temps. — Puis encore, elle s'y rattache par l'identité d'action qu'exerce sur celles-ci et sur elle le traitement spécifique. — Or, étroitement liée de la sorte à un groupe clinique, ne serait-il pas vraiment étrange qu'elle s'en différenciât comme nature et constituât un symptôme à part, d'un genre spécial, dans une pléiade de symptômes contemporains? Tout porte donc à croire qu'elle reconnaît, elle aussi, la syphilis comme origine, à l'instar de tous les éléments du groupe dont elle fait partie, et qu'elle prend place dans cet ensemble au titre d'une véritable *hystérie spécifique secondaire.*

D'ailleurs, je le répète encore, rien d'étonnant à voir ainsi la syphilis engendrer de toutes pièces des symptômes d'hystérie. Somme toute, elle ne fait là rien autre que ne font de leur chef tant d'autres causes pathogènes. Ne sait-on pas que, de la même façon, l'hystérie peut procéder soit de surexcitations morales, soit d'intoxications très diverses (intoxications par l'alcool, le plomb, le mercure, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, etc.), soit même du simple traumatisme?

Conséquemment, en principe, une hystérie d'origine syphilitique, loin de constituer une exception, se trouve légitimée rigoureusement par de nombreuses analogies cliniques. En fait, elle ressort de l'observation. Je crois même être autorisé à dire que, de toutes les hystéries symptomatiques, infectieuses ou toxiques, la plus commune est celle qui dérive de la syphilis. L'hystérie syphilitique, en effet, n'est pas seulement un symptôme de l'étape secondaire; elle constitue aussi (bien moins souvent, à la vérité, mais n'importe) une manifestation de l'étape tertiaire, voire de l'hérédo-syphilis.

Point essentiel à signaler : l'hystérie secondaire n'est pas exclusivement un symptôme de syphilis féminine. Qu'elle soit incomparablement plus commune chez la femme que chez l'homme, qu'elle soit même relativement exceptionnelle chez l'homme, cela ne souffre pas l'ombre d'une contradiction. Mais ce qui est non moins

irrécusable, c'est qu'elle peut se produire *chez l'homme*, et cela plus souvent, à coup sûr, qu'on ne le croit généralement. Disons mieux : presque personne, de nos jours, ne croit encore à la possibilité d'une hystérie venant à se développer chez l'homme à propos et du chef d'une infection secondaire ; or, un tel fait, pour être rare, n'en est pas moins authentique, et les exemples à en citer ne font pas défaut.

C'est ainsi que le Dr Zambaco a relaté le cas d'un jeune homme de vingt ans, exempt de tout antécédent nerveux soit héréditaire, soit personnel, qui fut pris, coïncidemment avec la première poussée secondaire, d'une série d'accidents nettement hystériques, à savoir : céphalalgie, étouffements, attaques convulsives suivies de crises de larmes, globe remontant de l'estomac au pharynx, etc. Un traitement par les pilules de Dupuytren dissipa tous ces accidents, assure l'observateur, dans l'espace de trois à quatre mois.

De même, un jeune malade de mon service, affecté d'un chancre syphilitique en août 1891, puis d'une foule d'accidents secondaires en janvier suivant, commença à présenter vers cette époque divers phénomènes d'ordre hystérique, tels que : analgésie disséminée, voire presque généralisée ; — analgésie de la langue ; — abolition du goût ; — affaiblissement de l'odorat ; — ouïe légèrement diminuée à droite et presque nulle à gauche ; — rétrécissement du champ visuel ; — cauchemars, etc. — Ainsi que le malade précédent, ce jeune homme était exempt de toute tare nerveuse héréditaire, et jamais jusqu'alors il n'avait éprouvé de troubles nerveux (1).

De même, un de mes clients, également indemne de tout antécédent névropathique, fut pris, au cours d'une syphilis secondaire qui d'ailleurs ne présentait rien que de normal, d'une pléiade d'accidents hystériques, tels que crises convulsives, étouffements, dyspnée, troubles de la sensibilité et des sens, hémispasmes glosso-labiés, etc.

Et ainsi de tant et tant d'autres exemples semblables qu'il serait, je pense, superflu de produire.

L'hystérie secondaire n'a et ne saurait avoir d'autres symptômes que ceux de l'hystérie essentielle ; et, en effet, elle n'est qu'une hystérie commune développée sous une incitation spéciale. Je n'ai donc pas à la décrire et me bornerai seulement à donner place ici, en ce qui la concerne, aux deux remarques suivantes.

1. — Il est dans la nature des choses que les troubles de sensibilité relevant de cette hystérie secondaire puissent se produire en coïncidence avec des troubles de sensibilité relevant directement de l'infection spécifique. Cela étant, comment différencier ceux-ci de

(1) Observation présentée à la Société de dermatologie et de syphiligraphie par le Dr Djélaleddin Moukhtar, mars 1892.

ceux-là, et réciproquement? J'ai essayé, dans ce qui précède (Voy. p. 668), d'établir entre les uns et les autres un parallèle séméiologique grâce auquel, je l'espère, ce diagnostic pourra être déterminé dans un certain nombre de cas. Mais je dois ajouter actuellement, pour rester fidèle à la vérité clinique, qu'il est de nombreux cas où un diagnostic de ce genre sera impossible à préciser. Sur quelles bases, en effet, établir un légitime partage entre symptômes de même siège et de même modalité, de façon à pouvoir dire : « Ceci revient à la syphilis, et cela est du domaine de l'hystérie? Cette analgésie est d'ordre spécifique et cette autre d'ordre hystérique? » Une telle différenciation ne repose, en l'espèce, que sur des nuances ou des particularités contingentes, ou bien encore sur la coïncidence ou la non-coïncidence de symptômes hystériques d'autres localisations. Fort heureusement, ce diagnostic ne comporte qu'un intérêt scientifique; aussi bien me suffira-t-il de le signaler, avec les difficultés qui lui sont inhérentes, sans y insister davantage.

II. — En revanche, ce dont il y a plus d'intérêt pratique à prévenir le lecteur est ceci : Il n'est pas impossible que, par aventure, l'hystérie secondaire se traduise par tel ou tel symptôme insolite, bizarre, par telle ou telle modalité inattendue et presque extraordinaire. En sorte qu'en présence d'accidents de cet ordre, qui n'ont guère l'habitude de frayer avec la syphilis, le médecin peut se trouver absolument dérouté, déconcerté, ne pas savoir à quoi il a affaire, tout au moins ne pas songer à établir une relation entre ces dits accidents et l'état syphilitique de son malade.

Quelques exemples du genre ne seront pas inutiles à citer.

Une jeune femme d'une vingtaine d'années, d'assez bonne santé habituelle, et indemne jusqu'alors (ceci est à noter) d'accidents nerveux, contracte la syphilis vers août 1894. Pendant quatre mois elle est traitée à notre policlinique pour divers accidents secondaires (syphilides papuleuses, plaques buccales, maux de tête, etc.) qui ne font que céder au traitement spécifique pour récidiver presque aussitôt. — En janvier 1895, paralysie faciale gauche totale, qu'on ne sait d'abord à quoi rapporter. — Puis, bientôt après, invasion non douteuse d'hystérie secondaire, sous forme d'hémianesthésie faciale gauche, d'hémianesthésie totale sensitivo-sensorielle, de rétrécissement du champ visuel à gauche, etc. — En février, la malade se décide à entrer dans nos salles, où nous constatons sur elle, sans parler de divers accidents spécifiques, le plus riche tableau de manifestations hystériques, à savoir : crises de contracture des quatre membres; — affaissement général; — dépression psychique, indifférence, tristesse; — douleurs multiples, vagues et ambulantes; — points hystérogènes; — hémiparésie gauche; — perte de notion de la situation des membres; — grands vertiges, même au lit; — puis, apparition de cet étrange trouble moteur qu'on a décrit sous le

nom d'**astasie-abasie** (1) et qui n'est pas sans terrifier la malade. — Les choses restent alors en l'état pour quelques semaines. — Puis, inopinément et spontanément, un transfert se fait de gauche à droite pour l'hémianesthésie et le rétrécissement du champ visuel. — A ce moment (qu'on remarque bien cette succession et cette intrication de phénomènes, les uns nerveux, les autres syphilitiques) survient une poussée nouvelle d'accidents spécifiques sous forme de syphilides linguales, de leucomélanordermie et de périostoses tibiales. — Finalement, en avril, ce double orage se calme ; l'astasie-abasie, notamment, s'amende, puis disparaît. Et alors, se croyant guérie, la malade quitte l'hôpital.

Qu'un tel tableau ne soit pas matière à étonnement dans les services de la Salpêtrière, je le reconnais ; mais on conviendra, en échange, qu'il n'est guère usuel dans les nôtres et que (bien à tort, il est vrai) il peut sembler n'y être pas à sa place. On est peu accoutumé vraiment à rencontrer la syphilis sous cet aspect et avec un tel cortège de phénomènes nerveux.

A fortiori, cette même remarque sera-t-elle applicable au cas suivant.

Une femme de vingt et un ans entre dans nos salles pour y être traitée d'un chancre anal syphilitique et de divers accidents secondaires tout récents (syphilides cutanées, syphilides muqueuses, alopécie, etc.). Brusquement, le 20 mars, elle se plaint de la tête et se met à *délirer*. Le lendemain, nous la trouvons dans un *état subcomateux*, avec immobilité, résolution complète et flaccidité des membres qui, soulevés, retombent comme des masses inertes. Cependant, la malade, en dépit de cette apparence comateuse, répond nettement aux questions qui lui sont adressées. — Avec cela, incontinence des urines et des matières ; mouvements spasmodiques des paupières et de la bouche ; oscillations rapides de la tête ; raideurs des membres inférieurs ; sensibilité partout obtuse, mais hyperesthésie très accentuée au niveau de la ceinture et de l'abdomen ; — température abaissée, oscillant entre 35°,8 et 37 degrés.

Les choses restent en cet état pendant cinq jours et demi. — Puis, le sixième jour, tout à coup, à la stupéfaction générale, la malade ouvre les yeux, se lève et se promène dans la salle. — Les jours suivants, retour à l'état normal.

Puis, non moins subitement, le 4 avril, c'est-à-dire neuf jours après la fin de la précédente crise, la malade retombe dans un état comateux identique, avec reproduction des mêmes phénomènes.

Et, finalement, trois jours après, brusquement tout cesse. Retour à la santé (2).

(1) Voy. Blocq, *Arch. de physiol.*, 1888.

(2) Cette observation et la précédente, recueillies par le Dr Gastou, chef de clinique de la Faculté, se trouvent insérées *in extenso* dans l'intéressante thèse d'un

J'ai même observé un cas plus surprenant encore et que je ne ferai que citer sous toutes réserves, en raison de son caractère non pas seulement exceptionnel, mais presque extraordinaire. Très succinctement, le voici :

Un jeune homme de vingt et un ans, jusqu'alors indemne (affirme-t-il) de tout symptôme nerveux, contracte la syphilis en décembre 1890 (chancres indurés de la verge). Il présente, dans les premiers mois de 1891, une série d'accidents secondaires : roséole, syphilide acnéiforme, plaques muqueuses buccales à répétitions multiples, etc. — Puis, en août, sans la moindre cause, sans le moindre incident provocateur, il commence à être affecté d'accidents nerveux, qui bientôt se multiplient sous les formes les plus variées et les plus étranges, à savoir (pour ne faire qu'énumérer les principaux) :

Début par accès de larmes incoercibles; — ictus, sans perte de connaissance, suivis de cris incessants que le malade dit ne pouvoir réprimer; — hémiparésie gauche; — accès d'éclats de rire, que provoque tout spécialement la vue de n'importe quel objet brillant (métal, cuiller, montre, flamme, etc.); — céphalée ; — sensation de globe remontant de l'estomac à la gorge, avec crises de strangulation ; — hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle très accentuée; — en outre, quotidiennement et presque à heures régulières, crises d'obnubilation mentale, au cours desquelles le malade, de son propre aveu, ne sait plus ce qu'il fait, devient « comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou » ; dans ces crises, propos déraisonnables, actes impulsifs, colères, menaces, violences, etc. — Et, parallèlement à cette scène, syphilis continuant son évolution propre, en s'accusant par toute une nouvelle série d'accidents : syphilides buccales à répétitions incessantes, iritis nettement spécifique, adénopathies, etc.

Si extraordinaires que soient les phénomènes précités quant à leur relation avec la syphilis, je n'ai pu cependant les rattacher étiologiquement qu'à la syphilis. D'une part, en effet, ces phénomènes (incontestablement hystériques) s'étaient développés sur un sujet en pleine évolution syphilitique aiguë et faisaient partie d'un ensemble marqué au coin de la spécificité la plus indéniable. Et, d'autre part, une enquête véritablement minutieuse, aussi approfondie que possible, ne permit de découvrir aucune cause autre que la syphilis à laquelle les accidents en question pussent être rationnellement imputés.

Durée. — Que devient et quelle durée affecte cette hystérie d'origine spécifique ? Il serait prématuré, quant à présent, de donner une réponse à cette question ; car, pour la juger, il nous faudrait ce qui

de mes élèves, le Dr N. Kirkoff (*Étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire.* Thèses de Paris, 1898).

nous manque encore aujourd'hui, à savoir un stock plus ou moins considérable d'observations de longue haleine dans lesquelles des malades, devenus hystériques à propos et du fait de la syphilis, auraient été suivis pendant un long stade de leur existence. Ce qu'il m'est seulement permis de dire en l'espèce, d'après quelques faits de cet ordre, est ceci : que, pour la très grande majorité des cas, la disposition hystérique issue de la syphilis n'est, bien sûrement, que *passagère*. Sur la plupart de mes malades elle n'a duré que quelques mois, un an au plus, puis s'est évanouie avec l'orage secondaire. Je ne l'ai vue que par exception persister d'une façon quelque peu prolongée, et je suis donc conduit à penser qu'elle n'est pas susceptible de dégénérer en névrose permanente. — Toutefois, je le répète, la question est encore trop neuve pour qu'il soit possible de rien affirmer à son sujet, et un supplément d'enquête est indispensable à la solution qu'il convient de lui donner.

Épilepsie secondaire. — En second lieu, il est des cas où l'éréthisme secondaire se traduit par des **crises épileptiformes**, et cela sur des sujets n'ayant jamais présenté jusqu'alors le moindre symptôme épileptique.

Le fait brutal est celui-ci : Au cours de la période secondaire et presque toujours dans les premiers temps de cette période, explosion soudaine d'une crise convulsive qui, à la juger seulement d'après ses symptômes propres, est le type de l'attaque épileptique, le type de ce qu'on appelle vulgairement le *grand mal*. — Puis, reproduction d'attaques semblables qui, pour quelques semaines ou quelques mois, se succèdent à intervalles variables. — Si bien, je le répète, qu'à juger de la maladie par ses symptômes apparents, on pourrait croire à l'invasion (bien que tardive) d'une épilepsie vulgaire. Une telle erreur a même été commise plus d'une fois, ainsi que je pourrais en faire la preuve.

Les cas de cet ordre, je m'empresse de le dire, sont tout à fait rares. Je n'en ai guère observé plus d'une douzaine d'exemples dans toute ma pratique. Mais, pour être exceptionnels, ils n'en sont pas moins authentiques, et je leur dois une mention expresse à divers titres, en raison de leur importance clinique, en raison de l'effroi qu'ils jettent dans les familles, en raison aussi des regrettables erreurs auxquelles ils exposent.

Rien de mieux à faire, je pense, pour démontrer l'authenticité de tels faits et pour donner une idée de la scène qu'ils constituent, que d'en décrire quelques spécimens d'après nature.

Une jeune femme, de constitution moyenne et de santé antérieure assez bonne, entre à Lourcine pour des accidents, d'abord légers, de syphilis secondaire. — Quelques semaines plus tard, la maladie prend une forme

assez sérieuse et se caractérise par une véritable nuée de manifestations de tout genre : syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, myosalgies, ténosites, périostoses, douleurs multiples, et surtout phénomènes nerveux, tels que céphalée, névralgies, anesthésie, analgésie, algidités périphériques, etc. — Puis, tout à coup, sans cause incidente, sans provocation nouvelle, il s'ajoute à ces derniers phénomènes une série de crises convulsives des plus étranges. Ces crises, dont nous avons été témoins à maintes reprises, consistent en ceci : subitement, le visage prend une expression extraordinaire, indescriptible, de stupeur, d'immobilité extatique ; — la tête se tourne du côté gauche ; — le membre supérieur gauche s'élève brusquement vers la face, l'avant-bras tenu en flexion forcée, le poignet et les doigts fortement infléchis ; — le membre inférieur du même côté se convulse dans une extension forcée ; — tout le corps, enfin, est pris d'un mouvement de rotation sur l'axe vertical et pivote de droite à gauche. Ces divers phénomènes durent quelques secondes, moins de temps assurément que je n'en ai mis à les décrire. — Puis, de violents spasmes cloniques agitent par saccades précipitées le membre supérieur gauche (toujours le gauche, la moitié droite du corps continuant à rester étrangère à tous ces désordres). — Finalement la malade, quelques minutes encore, demeure comme hébétée, abasourdie, inconsciente, et c'est tout ; la crise est terminée.

Pendant quelques jours ces attaques se répètent sous la même forme ; mais bientôt la scène change. Ce qui se manifeste alors consiste en des accès d'épilepsie convulsive généralisée, d'épilepsie classique rappelant trait pour trait la crise de *haut mal*.

Nombre d'accès de ce dernier genre se succèdent dans le premier mois. — Déjà, dans le second, nous n'en observons plus que cinq. — Deux seulement se produisent dans les deux mois suivants.

Puis la détente se fait, sous l'influence d'un traitement spécifique énergiquement conduit. Les divers symptômes syphilitiques, cutanés ou autres, s'amendent ou disparaissent. Et, parallèlement, les crises convulsives se suspendent pour ne plus se reproduire.

Certes, aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature franchement épileptique des phénomènes que je viens de décrire. Mais ces phénomènes, quelle en était l'origine ? La malade n'avait jamais éprouvé antérieurement de crises semblables ou analogues ; elle disait même d'une façon très catégorique n'avoir jamais été sujette au moindre malaise nerveux. Du côté des ascendants, nul symptôme épileptique. D'autre part, aucune cause incidente, aucune affection morbide actuelle, aucune prédisposition, professionnelle ou autre, ne pouvait être invoquée comme source de tels désordres. Bref, la syphilis *seule* restait en cause, après examen minutieux de la malade, pour expliquer ces accidents épileptiques ; et elle les expliquait d'autant mieux, je pense, qu'ils s'étaient produits avec elle et en pleine période secondaire, que leur invasion avait coïncidé avec une violente poussée spécifique et que leur disparition, enfin, suivit avec un synchronisme parfait la sédation de cette poussée.

Autre exemple.

Une jeune femme, forte et bien constituée, entre à Lourcine pour des accidents spécifiques dont l'origine paraît remonter à trois mois et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été soumis à aucun traitement. Nous la trouvons affectée de divers symptômes manifestement syphilitiques, tels que : pléiades inguinales, reste d'induration chancreuse sur une grande lèvre; — syphilides papulo-érosives de la vulve ; — syphilides amygdaliennes ; — roséole intense, couvrant le corps et les membres ; — analgésie disséminée, etc.

Quelques jours après son admission, cette femme est prise, dans la nuit, d'une crise convulsive violente, qui réveille les malades de la salle. On la trouve sans connaissance, « râlant, écumant, se débattant sur place dans des convulsions qui rappellent le haut mal ». A la suite de cette crise, elle tombe dans un sommeil profond. L'interne de service arrive près d'elle un quart d'heure plus tard et assiste à une seconde crise qui, d'après son dire, « était un type classique d'accès comitial ». Consécutivement, évacuation involontaire d'urine et sommeil « quasi comateux » qui dure jusqu'au matin.

A la visite du lendemain, je trouve la malade somnolente, dans un état de demi-hébétude, incapable de répondre aux questions. La légère excitation qui paraît résulter de mon examen suscite une crise nouvelle, dont j'observe soigneusement les moindres détails et qui reproduit méthodiquement toute la scène d'une crise d'épilepsie commune : perte subite de connaissance ; — convulsions toniques initiales, de courte durée ; — puis, convulsions cloniques, sur place, d'une durée de quelques minutes ; — distorsion effrayante du visage ; grincements de dents ; écume sanguinolente sortant des lèvres ; morsure de la langue, etc. ; — et, finalement, stertor apoplectiforme. Bref, rien ne manque au tableau, pas même l'émission involontaire de l'urine.

Le lendemain, la malade a repris pleinement connaissance. Nous l'interrogeons alors avec insistance sur ses antécédents, et elle nous répond de la façon la plus péremptoire qu'elle n'a jamais éprouvé de crises semblables, non plus même que la moindre défaillance nerveuse. Elle n'est pas moins affirmative sur les divers membres de sa famille, dont aucun, dit-elle, n'est sujet à des accidents nerveux. D'autre part, une analyse aussi minutieuse que possible des troubles morbides antérieurs ou actuels ne révèle aucune cause étrangère à laquelle puissent être imputés les symptômes qui viennent de se produire.

En conséquence, le traitement spécifique (protoiodure mercuriel) est continué, à l'exclusion de tout autre remède.

Sous l'influence de cette médication, la roséole, les syphilides vulvaires et les autres accidents spécifiques s'amendent et se dissipent rapidement. Les crises convulsives ne se reproduisent plus, et la malade sort en bon état trois mois plus tard.

Depuis lors nous avons eu l'occasion de la revoir plusieurs fois dans l'espace d'une année, à propos de diverses récidives légères de manifestations syphilitiques, et nous avons obtenu d'elle l'assurance formelle qu'elle n'avait plus été sujette au moindre accident d'ordre épileptique.

Troisième cas, celui-ci observé sur l'homme.

L'héritier d'une grande famille, jeune homme de vingt-cinq ans, grand, robuste et d'une excellente santé antérieure, contracte la syphilis en 1867.

Dans le cours de la période secondaire, du troisième au sixième mois, il est pris trois fois de crises épileptiques, formellement et incontestablement épileptiques (sidération subite, chute, perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, puis cloniques, cyanose et aspect « terrifiant » du visage, écume à la bouche, morsure de la langue, etc). Inutile de dire si de tels accidents consternent le malade et jettent l'effroi dans sa famille, qui fait appel à divers médecins et accumule consultations sur consultations. Inutile également de dire si les causes de cette épilepsie sont recherchées par tout le monde avec un soin religieux, méticuleux. Or, vainement on interroge soit les prédispositions héréditaires, soit la santé antérieure du jeune homme, ses habitudes, son hygiène, ses moindres tendances morbides; on ne trouve rien. Toutes les hypothèses imaginables sont tour à tour discutées et écartées. On va même jusqu'à soupçonner une affection vermineuse, et l'on administre le kousso qui n'expulse rien. De guerre lasse, force est de revenir à la syphilis, et, d'un commun accord, c'est à la syphilis seule qu'on finit par imputer les crises épileptiques. Et telle était bien, en effet, l'origine des accidents. L'événement le démontra. Car, une fois le traitement spécifique mis en œuvre et consciencieusement suivi, non seulement les manifestations extérieures de la diathèse se dissipèrent comme d'usage, mais l'épilepsie disparut, disparut complètement et sans retour. Vingt-six ans, aujourd'hui, se sont écoulés depuis lors, et le malade n'a plus jamais rien éprouvé qui, de près ou de loin, ait trait à l'épilepsie.

Ces trois faits, comme d'autres encore que je passe sous silence (parce qu'ils ne feraient que reproduire les précédents), établissent donc d'une façon incontestable que la syphilis secondaire peut déterminer parfois de véritables crises d'épilepsie (1).

(1) Pour tout médecin qui, observant dans un hôpital spécial de syphilitiques, a l'occasion de rencontrer de temps à autre des faits de ce genre, la relation qui rattache à la syphilis ces accidents d'épilepsie ne saurait rester douteuse. Mais je conviens que cette relation pourra, à bon droit, sembler hypothétique à ceux de nos confrères qui ne voient et ne traitent la syphilis qu'accidentellement. Je m'attends à ce que la nature spécifique de cette épilepsie secondaire éveille quelque défiance, si même elle n'est pas résolument contestée. Et cependant la spécificité de tels accidents ressort bien manifestement, me semble-t-il, de tout un ensemble de considérations des plus probantes. Ces considérations, je les ai longuement étudiées dans un travail déjà ancien (*De l'épilepsie syphilitique secondaire*, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2e série, t. I), auquel je me bornerai à renvoyer le lecteur. Qu'il me soit permis du moins, sans les reproduire ici, de les formuler d'une façon toute sommaire. Ce sont les suivantes :

1° Impossibilité, tout d'abord, de rattacher ces accidents d'épilepsie incidente et passagère à une cause autre que la syphilis;

2° Identité des conditions et des circonstances cliniques dans lesquelles se manifestent ces accidents d'épilepsie secondaire ;

3° Coïncidence chronologique de ces accidents d'épilepsie avec d'autres accidents de nature incontestablement spécifique ;

4° Évolution parallèle des accidents d'épilepsie secondaire et des autres manifestations syphilitiques contemporaines.

5° Enfin, influence curative du traitement spécifique.

De cet ensemble de considérations il ressort bien manifestement, à mon sens, que les accidents d'épilepsie qui s'observent parfois dans le cours, voire au début de la période secondaire, constituent des symptômes *d'ordre syphilitique*, des

Modalité de l'épilepsie secondaire. — Durée. — Une seule forme d'accidents a été observée jusqu'ici comme expression clinique de cette épilepsie secondaire, à savoir la *forme convulsive*, constituant ce qu'on appelle le grand mal (1); — forme le plus souvent exclusive et purement épileptique, quelquefois cependant associée à des incidents hystériques (jactitation tumultueuse des membres et du tronc, angoisse épigastrique, strangulation, sanglots, mobilité d'attitudes, etc.), de façon à rappeler la variété de crise dite hystéro-épileptique.

Jamais, pour ma part, je n'ai vu l'épilepsie secondaire se traduire par des symptômes de petit mal.

Jamais non plus — ce qui a une portée bien autre — je ne l'ai vue se compliquer de troubles cérébraux, ce qui constitue, comme on le sait, la gravité propre de l'épilepsie tertiaire.

J'ajouterai, enfin, ce qui est le point capital en l'espèce, que cette épilepsie secondaire, si terrifiante rien que de nom, n'est, en réalité, qu'absolument *bénigne* comme terminaison. Que deviendrait-elle, si elle était méconnue comme nature et abandonnée à son évolution propre? Cela, je l'ignore et n'ai nulle envie de l'apprendre par expérience. Mais, ce que je sais, c'est que toujours, alors qu'elle a été soumise au traitement spécifique, elle a été enrayée rapidement et s'est évanouie pour ne plus reparaître (à preuve le malade précité, qui n'a plus eu quoi que ce soit d'épileptique depuis vingt-six ans).

Il n'est même pas rare que la médication spécifique coupe court immédiatement aux premiers accès et n'en laisse pas se reproduire d'autres.

Nature. — Au total, qu'est-ce donc que cette épilepsie secondaire? Faut-il la considérer comme une épilepsie vraie ou n'en faire qu'une *névrose épileptoïde*, c'est-à-dire une sorte de névrose spécifique empruntant le masque comitial? J'avoue que cette dernière interprétation me séduirait fort. Car il n'est guère possible d'assimiler à l'épilepsie, maladie si chronique d'essence et tellement inexorable

symptômes développés sous l'influence de la diathèse et se liant à la diathèse comme un effet se relie à sa cause.

— Tout récemment, M. le Dr A. Rubino vient d'aborder la même question au Congrès de Naples (1897) et de conclure à l'authenticité d'une épilepsie syphilitique secondaire. « ... L'épilepsie, dit-il, peut être une manifestation de syphilis tertiaire ou même secondaire. Tertiaire, elle dérive de lésions graves du crâne et de l'encéphale ; secondaire, elle ne reconnaît pour origine que des altérations superficielles et fugaces des centres épileptogènes ou l'action directe du sérum sur ces centres... Le syndrome d'épilepsie secondaire n'a pas de caractères particuliers qui le distinguent de l'épilepsie essentielle ou symptomatique. On pourrait seulement faire remarquer, avec Fournier, *la grande rareté de l'aura et du cri initial*... Le traitement spécifique triomphe facilement et rapidement de cette épilepsie secondaire. »

(1) Je signalerai que je n'ai pas encore observé dans l'épilepsie syphilitique secondaire le *cri initial* de l'accès convulsif, symptôme si habituel (non constant toutefois) des crises de l'épilepsie vraie. Mais le nombre de cas dont je dispose est trop restreint pour me permettre autre chose qu'une simple remarque à ce sujet.

comme terminaison, une affection purement temporaire et facilement influencée par le mercure. Mais notre expérience en la matière est encore trop limitée pour servir de base à une discussion aussi délicate, et je crois prudent, quant à présent, de décliner toute conclusion.

IX

NÉVROSES DU SYSTÈME SYMPATHIQUE.

Il n'est pas que le système cérébro-spinal sur lequel réagisse la syphilis. Le système sympathique ou ganglionnaire peut également être éprouvé par elle, et il l'est même assez fréquemment au cours de la période secondaire. C'est de son fait, bien sûrement, qu'apparaissent en scène, à cette étape de l'infection, divers symptômes plus ou moins étranges, peu remarqués cependant jusqu'ici quoique très remarquables, ou du moins restés méconnus quant à leur origine. De ce nombre, à ne parler que des principaux, sont les troubles de caloricité et les hyperhidroses.

I. — **TROUBLES DE CALORICITÉ.** — Ces troubles sont de deux ordres. Ils consistent, en effet, soit en des refroidissements partiels, en des sortes d'algidités locales, soit en des sensations générales de refroidissement.

1° **Algidités périphériques.** — Le premier de ces troubles de caloricité est constitué par un abaissement de la température normale des extrémités.

Nombre de femmes, à la période secondaire, présentent ce curieux phénomène d'avoir les extrémités des membres notablement refroidies. Si vous leur touchez les mains, vous les trouvez froides à des degrés divers, quelquefois glacées, voire, à un degré extrême, littéralement cadavériques. Et de même pour les pieds qui, bien que protégés par les draps et les couvertures, restent quelquefois absolument froids et algides.

C'est là le phénomène que j'ai décrit de vieille date sous le nom d'*algidités secondaires*.

Ces algidités secondaires (qui, disons-le immédiatement, ne s'observent guère que chez les femmes nerveuses et au cours des syphilis nerveuses) sont naturellement variables d'intensité. On peut leur reconnaître trois degrés.

Dans le premier, les extrémités sont simplement *fraîches* ; — dans le second, elles sont *froides* ; — dans le troisième, elles sont *glacées*, cadavériques.

Comme siège, ces algidités se circonscrivent généralement aux

mains et aux *pieds*. — Parfois elles se continuent, en s'atténuant, sur le segment inférieur de l'avant-bras et de la jambe. — Quand elles sont très intenses, elles peuvent se prolonger un peu plus haut vers la racine des membres, mais toujours en s'atténuant de plus en plus à mesure qu'elles s'éloignent des extrémités.

Légères ou moyennes, elles ne constituent qu'une singularité sans la moindre importance. C'est là le cas usuel.

Mais, s'exagérant, atteignant un haut degré, elles créent une incommodité réelle, pénible même, et s'accompagnent alors de certains troubles. Les mains deviennent *gourdes* et comme percluses par le froid; elles perdent leur agilité habituelle et ne sont plus capables d'un travail délicat. C'est ce dont témoignent nos malades, en nous disant « qu'elles ne peuvent plus ni coudre, ni enfiler leurs aiguilles, que leurs mains sont comme mortes, qu'elles sentent à peine ce qu'elles ont entre les doigts, etc. ».

D'ailleurs, l'exploration thermométrique *in situ* démontre la réalité de cet abaissement de la température périphérique et confirme en cela l'impression perçue par le simple toucher. Elle atteste même que la chute de la température peut être considérable en certains cas.

2° **Sensation générale de froid**. — A ces refroidissements locaux s'ajoute parfois un autre phénomène consistant en une sensation générale de froid.

Ce second phénomène n'est pas moins simple que le premier. Il se réduit à un sentiment de froid interne et général, ayant tout le corps pour siège, et n'offrant en somme rien de plus spécial qu'un refroidissement vulgaire, que le refroidissement, par exemple, qu'on éprouve à la suite d'un changement de temps ou d'un abaissement subit de température.

Souvent léger et éphémère, le phénomène est peu remarqué ou passe même inaperçu. Mais, s'accentuant davantage, il devient une incommodité réelle dont se plaignent les malades. « C'est singulier, vous disent-elles, depuis quelque temps j'ai toujours froid; j'ai beau me couvrir, me chauffer, me tenir au coin du feu, je me sens toujours glacée. » Bien des fois j'ai constaté ce fait sur des malades de mon service qui, même en été, se couvraient comme en hiver, s'enveloppaient frileusement de châles et de couvertures, gardaient constamment le lit « pour avoir moins froid », se refusaient à descendre au jardin « par peur de l'air », réclamaient des boules d'eau chaude, etc.

En quelques cas bien plus rares, disons même exceptionnels, cette sensation de froid peut s'exagérer encore, jusqu'à devenir un véritable *état algide*, avec complication de frissons, de tremblements, de claquements de dents. J'ai eu dans mon service de Lourcine une malade affectée de ce symptôme bizarre à un degré vraiment extra-

ordinaire. Par une température tropicale dont tout le monde souffrait, elle se disait *gelée* et grelottait du matin au soir. Ses extrémités étaient froides, cholériques. Pendant une quinzaine de jours, elle resta dans cet état sans parvenir à se réchauffer.

Troubles circulatoires connexes. — Les troubles de caloricité que je viens de décrire ne se produisent bien manifestement que par l'intermédiaire de la circulation. Ils impliquent donc *à priori* des troubles circulatoires, que révèle en effet la clinique par des modifications du pouls soit au palper, soit surtout à l'exploration sphygmographique.

Au palper, on trouve que le *pouls* a perdu de son ampleur, de sa force normale, et cela proportionnellement au degré des phénomènes algides. Il est mou, faible, petit, comme si l'artère avait subi un retrait.

Il en arrive même, dans les cas d'algidité bien accentuée, à devenir filiforme, difficilement perceptible, presque misérable.

Mais, bien mieux que le toucher digital, le sphygmographe traduit ces modifications du pouls. Des graphiques du pouls, recueillis en de telles conditions, montrent un abaissement plus ou moins notable de la ligne d'ascension correspondant à la systole ventriculaire. Cette ligne ascensionnelle, au lieu de mesurer, comme d'usage, 6, 7, 8 millimètres, s'abaisse à 4, 3, 2 millimètres, comme le montrent les figures suivantes.

Voici, d'abord, un cas où le pouls normal (figuré dans la planche 14) se modifia de la façon représentée dans la planche 15 dès l'invasion des phénomènes algides.

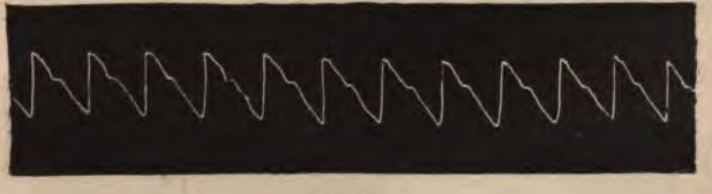


Fig. 14.

Fig. 15.

Dans trois autres cas, le pouls se modifia davantage encore (fig. 16, 17, 18).

Fig. 16.

Fig. 17.

Fig. 18.

Enfin, lorsque l'algidité devient intense avec pouls petit et misérable, la ligne d'ascension se déprime encore au point d'être presque nulle, comme dans la figure 19.

Fig. 19.

Inutile, d'ailleurs, d'ajouter que ces modifications du pouls n'ont rien de spécial. On sait, en effet, qu'elles se produisent dans tous les états algides, quelle qu'en soit l'origine.

Durée. — Les phénomènes d'algidité syphilitique sont généralement assez rebelles. Il est rare qu'ils se dissipent en moins de quatre à six semaines; le plus habituellement, ils se prolongent, avec des

rémissions ou des intermissions irrégulières, pendant deux à trois mois et même davantage.

La médication spécifique n'exerce sur eux qu'une action assez lente et ne les modifie qu'au prix de doses élevées, bien supérieures à celles qui suffisent à influencer les manifestations extérieures et communes de la diathèse.

Pronostic. — Ces accidents ne sont pas graves; car, d'une part, ils n'aboutissent jamais à rien autre qu'un certain état de malaise, et, d'autre part, ils finissent toujours par disparaître.

Toutefois, ils ne laissent pas de comporter indirectement, par rapport à la diathèse, un pronostic (au moins actuel) assez défavorable. Il est d'observation, en effet, qu'ils ne se produisent guère que dans certaines formes de syphilis secondaire fécondes en déterminations multiples et rebelles, affectant d'emblée les fonctions splanchniques et éprouvant les malades bien plus rudement, bien plus sérieusement que ne le fait une vérole vulgaire à symptômes extérieurs. En autres termes, les malades sur lesquels on les rencontre sont presque toujours des femmes affectées de syphilis *nerveuses*, à désordres nerveux profus (céphalée, douleurs névralgiformes, troubles de sensibilité, asthénie des divers systèmes, fièvre spécifique, éréthisme généralisé, etc.), par conséquent sous le coup de syphilis sinon malignes et graves, tout au moins importantes, pénibles, et durables.

Pathogénie. — Des plus simples, me semble-t-il. Chacun connaît les mémorables expériences de Pourfour du Petit et de Claude Bernard sur la section des filets sympathiques, section se traduisant par des congestions locales, des ectasies vasculaires, une augmentation de l'abord du sang, une élévation de température, etc. Chacun sait qu'inversement une excitation portée (après section) sur le segment périphérique de ces mêmes nerfs détermine une réduction du calibre des vaisseaux, un abord moindre du sang, une anémie locale, une chute de la température, etc. Donc, c'est le grand sympathique qui préside aux fonctions de circulation locale et qui règle, par ses filets vaso-moteurs, la température propre de chaque partie du corps. Eh bien, à mon sens, c'est faire une application légitime de ces données expérimentales que de dire ceci : « Suivant toute vraisemblance, les algidités syphilitiques secondaires ont leur origine dans un état morbide du grand sympathique. » Quant à présent, du moins, on ne saurait mieux les expliquer qu'en les considérant comme les effets probables d'une *névrose du grand sympathique*.

Divers symptômes de même origine, mais de modalité très différente, s'observent encore dans les mêmes conditions, à savoir :

1° Des **frissons** passagers, s'ajoutant quelquefois à la sensation de froid général que je viens de décrire, mais se produisant d'autres fois en dehors de tout trouble de ce genre; — apparaissant d'une

façon inopinée, sans cause, et cela de jour ou de nuit ; — peu intenses, à la vérité, et ne consistant le plus souvent qu'en des horripilations passagères; — mais sujets à répétitions.

2° Des phénomènes précisément inverses, consistant en des véritables **bouffées de chaleur**, qui se portent tout à coup à la tête, puis se répandent « comme des vapeurs » en différents points du corps. Ces sortes de « congestions », comme les appellent les malades, se produisent d'une façon tout aussi inattendue et aussi peu motivée que les frissons dont je parlais à l'instant, et cela soit dans la marche, soit au repos. — Bien que très passagères, elles n'en inquiètent pas moins les patientes en raison de leurs retours fréquents.

II.— **HYPERIDROSES SECONDAIRES.** — Ces hyperidroses affectent deux formes qui consistent en ceci :

A. Des *sueurs générales* et *intermittentes*, survenant pour quelques instants soit à l'état de veille, à propos d'un léger exercice ou même au repos, soit surtout pendant la nuit. Nombre de nos jeunes malades affectées de syphilis nerveuses nous racontent, à la visite du matin, qu'elles ont été réveillées la nuit par des « poussées de sueurs extraordinaires », assez abondantes parfois pour mouiller le linge et les draps.

B. Des *sudations partielles* et *continues*. — Celles-ci affectent d'une façon exclusive les extrémités des membres, notamment la face palmaire de la main et antérieure des doigts. — Elles sont permanentes. — Elle comportent divers degrés. Tantôt elles ne consistent qu'en une simple moiteur tégumentaire. Tantôt elles humectent véritablement les mains et les pieds. Enfin, dans un degré extrême, mais exceptionnel, elles constituent une véritable rosée qui baigne incessamment la peau. J'ai vu une de mes malades avoir en permanence la face palmaire de la main et la face antérieure de la dernière phalange exactement *trempées*, comme si elle venait de retirer sa main de l'eau.

Cette *hyperidrose secondaire* coïncide quelquefois avec des phénomènes d'algidité périphérique; en sorte que, dans cette forme qui est loin d'être rare, les extrémités sont à la fois *froides et mouillées*.

La durée de tels phénomènes est toujours assez longue, de plusieurs mois en moyenne.

Pathogénie. — Ces états sudoraux sont-ils, comme on l'a prétendu, un résultat de la chloro-anémie ou de la cachexie? Je n'en crois rien. Et, en effet, on les observe couramment chez des femmes qui ne sont ni anémiques ni (moins encore) cachectiques. Pour moi, ce sont là des troubles dépendant, comme tous ceux du même groupe, du système nerveux et, très vraisemblablement, du système nerveux ganglionnaire.

SYPHILIS SECONDAIRE SPLANCHNIQUE.

La vie fonctionnelle des grands systèmes organiques (un seul réservé) n'est influencée quelque peu sérieusement que d'une façon assez rare au cours de la période secondaire. Et, en effet, la plupart des malades conservent intactes, durant cette période, leurs fonctions de respiration, de circulation, de digestion et de nutrition générale; ou bien, quand ces fonctions viennent à être touchées, ce n'est, le plus souvent, que par des troubles d'ordre dynamique ou nerveux, dont plusieurs auraient pu rentrer dans le paragraphe précédent.

Un seul de ces systèmes est constamment et profondément influencé par la diathèse, sinon dans l'exercice de ses fonctions, du moins dans leur résultat; c'est le système reproducteur. J'aurai, dans ce qui va suivre, à insister longuement sur les néfastes conséquences de la syphilis secondaire à ce point de vue tout spécial.

I

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

De tous les systèmes que nous avons à passer en revue, c'est celui de la *respiration* qui est le plus épargné au cours de l'étape secondaire. En ce qui le concerne, en effet, je n'ai à signaler que deux manifestations tout à fait rares.

1° **Dyspnée secondaire**. — Cette manifestation consiste en des sensations passagères de gêne respiratoire. — On ne l'observe guère que dans certaines conditions spéciales, à savoir : chez les femmes presque exclusivement, ou bien chez les sujets présentant cet ébranlement général du système nerveux que j'ai qualifié de nervosisme secondaire.

Cette dyspnée se produit par accès intermittents, irréguliers comme apparition, n'affectant jamais qu'une intensité médiocre, et simplement éphémères le plus souvent. — On a cru remarquer en certains cas (peu fréquents, à la vérité) qu'ils se manifestaient de préférence vers le soir.

L'origine de ces troubles respiratoires a pu être rattachée quelquefois (on le sait par ce qui précède) soit à l'état chloro-anémique des malades, soit à une gêne mécanique apportée à la libre expansion du thorax par une douleur quelconque (pleurodynie osseuse ou musculaire, périostite ou périostose costale, sternalgie, etc.). Mais, en d'autres cas, elle ne peut être expliquée par rien de matériel, d'autant que la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal vers le

poumon, le cœur et les gros vaisseaux. Le trouble en question reste donc alors un symptôme sans substratum ou plutôt *sine materiâ*, sans lésion appréciable. Il doit être considéré conséquemment comme un phénomène purement dynamique, ayant son siège probable dans le système nerveux.

2° **Pleurésie secondaire.** — Si la pleurésie tertiaire, symptomatique de lésions gommeuses de la plèvre ou de lésions d'organes voisins, est une lésion d'une authenticité irrécusable et d'ailleurs non contestée, il n'en est pas encore de même pour la pleurésie secondaire, qui est de notion récente.

Signalée pour la première fois par MM. Chantemesse et Widal (1890), elle a été depuis lors l'objet de divers travaux, notamment de la part de MM. Talamon, Rochon, Brousse, Raynaud, Carra, Montseret, Spillmann et Etienne, etc.

Sommairement, elle consisterait en ceci : une pleurésie d'ordre simplement fluxionnaire, sèche ou hypercrinique, monolatérale ou bilatérale, se produisant en général au seuil même de la période secondaire, restant toujours bénigne, évoluant d'une façon rapide et se terminant par résolution spontanée. — Somme toute, ce serait une pleurésie à peu près identique à ce qu'est le type bien connu de la pleurésie rhumatismale.

D'une façon plus explicite, elle aurait pour caractères :

1° D'entrer en scène presque toujours dans les premiers mois de la période secondaire et coïncidemment avec les premières poussées secondaires ; d'où le nom qui lui a été donné par M. Chantemesse de **pleurésie du stade roséolique**. — Toutefois, par exception, elle pourrait se produire à une étape plus reculée (par exemple, au dix-huitième, au vingtième mois de l'infection et même au delà).

2° De consister soit (ce qui est le cas le plus usuel) en une pleurésie *sèche*, ne se traduisant que par quelques frottements avec une légère matité, et affectant presque toujours la base du thorax ; — soit en une pleurésie avec épanchement, épanchement toujours séro-fibrineux, toujours léger ou tout au plus moyen. — Dans l'un ou l'autre cas, elle n'aurait d'autres modes d'expression clinique que ceux des pleurésies vulgaires.

3° D'être, pour une proportion numérique à peu près équivalente, ou monolatérale ou bilatérale ; — et, dans ce dernier cas, soit sèche ou hypercrinique des deux côtés, soit sèche d'un côté et hypercrinique de l'autre.

4° De se produire sous deux formes cliniques, à savoir :

I. — Le plus souvent, sous une forme *froide*, aphlegmasique, ou même latente. Elle est alors insidieuse et « sournoise » comme début ; puis, plus tard, elle reste presque dépourvue de symptômes, au point de n'être appréciable que par les données de la percussion et de l'auscultation. C'est dans cette forme qu'il lui arrive souvent d'être mé-

connue, et cela, parce qu'on la prend, en raison de ses phénomènes douloureux, pour une périostite costale, une névralgie, une myosalgie, etc.

II. — Quelquefois cependant elle revêt une forme *subaiguë* ou *aiguë*, laquelle se traduit, sans parler des signes physiques qui sont ceux de toute pleurésie, par une fièvre plus ou moins intense (oscillant en général de 38 à 39 et, exceptionnellement, 40°), par des frissons, un point de côté plus ou moins accentué, de la dyspnée, de la toux, etc.

5° D'évoluer avec rapidité, à la façon de la pleurésie rhumatismale; — et d'aboutir spontanément à une résolution complète, laquelle ne se fait guère attendre au delà de deux à trois septénaires, réserves faites pour quelques cas à terminaison plus tardive; — bref, de constituer une modalité pleurétique foncièrement *bénigne*.

6° Enfin, d'être influencée d'une façon significative par le traitement spécifique, qui parfois la résout et l'efface en quelques jours.

Le cachet de spécificité de cette pleurésie secondaire ressortirait donc principalement, dit-on : 1° de sa coïncidence très habituelle, voire « constante » (?), avec des manifestations secondaires vers la peau, les muqueuses ou même les séreuses articulaires ; — 2° de ses caractères de fugacité, de spontanéité résolutive, et de bénignité ; — 3° et surtout de l'action curative exercée sur elle par le traitement spécifique.

« D'ailleurs, dit M. Chantemesse, puisqu'il n'est pas rare de voir survenir, au début de la période secondaire, des poussées inflammatoires et fébriles vers les séreuses articulaires et tendineuses, quoi d'étonnant à ce que des poussées semblables puissent se faire du côté de la plèvre? Et comment dénier à de telles pleurésies la qualité d'accidents syphilitiques? Voilà une affection qui survient chez un individu manifestement atteint de syphilis et qui survient *en même temps* que d'autres manifestations de syphilis ; comme ces dernières, elle subit l'influence du traitement. Or, celles-ci sont, sans discussion, reconnues syphilitiques, et, dès qu'il s'agit de la plèvre, la nature de l'inflammation changerait! Pourquoi ? »

Ce qui n'empêche cependant que le caractère syphilitique de ces pleurésies n'ait été vivement contesté. On a dit que « c'étaient là des pleurésies *de coïncidence*, survenues au cours de la syphilis, mais non syphilitiques pour cela » ; — que ces prétendues pleurésies syphilitiques n'étaient rien autre que des pleurésies vulgaires, rhumatismales, prétuberculeuses ou autres, etc. — D'autre part, on a voulu en faire des pleurésies simplement *parasyphilitiques*, ce qui ne s'accorde guère, remarquons-le au passage, avec l'influence curative « si remarquable » qu'exercerait sur elles le traitement spécifique.

On a discuté de même sur le processus pathogénique de cette pleurésie secondaire, en se demandant si elle était le résultat d'une action directe de la syphilis sur la plèvre, ou bien de lymphangites

pulmonaires ou pleurales, ou même « d'une éruption pleurale analogue aux syphilides cutanées et muqueuses » (Chantemesse et Widal).

Toutes ces questions, inutile de le dire, sont loin d'être résolues. Peut-être même serait-il prématuré de prendre position dès à présent pour ou contre l'authenticité de la pleurésie secondaire. A coup sûr, cette entité pathologique compte à son avoir de bons et solides arguments que je viens d'essayer de mettre en lumière ; mais force m'est bien de convenir que la question est à la fois difficile et neuve ; conséquemment, il me semble prudent, pour la juger, d'en appeler à un supplément d'enquête.

Traitement. — C'est le mercure, plus que l'iodure, qui a paru efficace en l'espèce. — En raison des symptômes fébriles et des troubles gastriques concomitants, l'indication rationnelle est d'exclure ici la méthode par ingestion, pour donner la préférence soit aux frictions, soit aux injections mercurielles. — Quant au traitement topique, il paraît superflu, réserves faites pour les cas où il importe de soulager la douleur. Ici comme ailleurs ce dernier traitement consistera en ceci : Ventouses sèches ou, au besoin, ventouses scarifiées, badigeonnages à la teinture d'iode, liniment chloroformé, etc.

On a encore parlé d'une *bronchite secondaire*, laquelle « serait due vraisemblablement, a-t-on dit, à un exanthème des petites bronches analogue à celui qui se produit sur les téguments ». Celle-ci est, pour le moins, très hypothétique.

Que penser cependant de la bronchite qui, assez habituellement (dans la moitié des cas environ, d'après M. Chantemesse), accompagne la pleurésie secondaire? M. Chantemesse n'hésite pas à la considérer, elle aussi, comme de nature syphilitique. Et, de fait, si l'on accorde à la pleurésie le caractère spécifique, il semble difficile de le refuser à la bronchite « concomitante ». — Autre question qui reste à l'étude.

II

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Plus curieuse et plus variée comme expressions cliniques est la réaction exercée sur les *fonctions circulatoires* par la syphilis secondaire et surtout par le nervosisme secondaire (car, ici encore, c'est au système nerveux principalement que doivent être rapportés les troubles morbides).

Cette influence se traduit de trois façons, à savoir : Palpitations ; — tachycardie ; — arythmie cardiaque inconsciente.

Pour n'avoir pas à le répéter incessamment, je dirai de suite que ce

sont là tous phénomènes de *syphilis nerveuse*, par conséquent sinon exclusifs à la femme, tout au moins s'observant sur elle d'une façon infiniment plus commune que chez l'homme.

1° **Palpitations**. — En l'espèce, comme toujours, ces palpitations consistent en ceci : accélération passagère des battements du muscle cardiaque ; — sensation d'un choc d'une intensité insolite sur la paroi thoracique antérieure ; — malaise *sui generis*, à angoisse précordiale, avec étouffement, besoin d'air, dyspnée, etc.

Ces palpitations sont essentiellement intermittentes et irrégulières dans leur apparition. Elles se produisent par crises, par *accès*, qui durent de quelques secondes à quelques minutes et se répètent plus ou moins fréquemment. — Tantôt ces accès sont provoqués par le mouvement, la marche, un déplacement subit, l'ascension d'un escalier, une émotion, etc. ; et tantôt ils se manifestent sans cause, au repos, au lit même ou pendant le sommeil. — Ils sont plus souvent diurnes que nocturnes ; sur quelques malades, cependant, je les ai vus se manifester de préférence pendant la nuit.

Vient-on à rechercher la raison de ces troubles, on ne constate rien pour les expliquer. D'une part, cœur normal, avec bruits normaux. D'autre part, le plus souvent absence de tout souffle anémique. Et, finalement, aucun antécédent de troubles semblables. Si bien que l'infection spécifique reste seule à mettre en cause comme origine possible du phénomène. Et nul doute, en effet, qu'elle n'en soit responsable. Tout concourt à le démontrer. Car : ces palpitations ont pour caractère de faire leur première apparition au cours de la période secondaire ; — presque toujours elles coïncident soit avec des manifestations spécifiques d'ordre courant, soit avec des symptômes de syphilis nerveuse ; — elles ne durent jamais qu'un certain temps, à la façon des accidents secondaires ; — elles récidivent parfois à l'occasion de poussées nouvelles ; — elles s'atténuent sous l'influence des agents spécifiques ; — finalement, elles disparaissent en laissant indemne le système circulatoire.

2° **Tachycardie secondaire**. — Phénomène assurément rare, mais des plus authentiques.

Il consiste en ceci : Accélération continue des battements du cœur, sans autres phénomènes cardiaques concomitants, notamment (ce qui est curieux) sans palpitations, et, d'autre part, sans élévation de température, sans aucun des phènomènes constitutifs de la réaction fébrile.

C'est là un trouble indolent et inconscient du cœur, que le hasard seul révèle parfois au médecin, car le plus souvent les malades ne s'en plaignent pas. Quelquefois, cependant, il s'accompagne d'un certain malaise cardiaque, vague et mal défini.

J'ai vu de la sorte sur quelques malades le pouls s'élever à 120 et 130, voire, mais très exceptionnellement, à 140 et 150.

Cette accélération singulière des battements cardiaques ne dure qu'un temps, pour faire retour à l'état normal d'une façon progressive en l'espace de quelques septénaires.

Elle s'observe dans les conditions suivantes; toujours chez des femmes; — toujours en coïncidence avec d'autres phénomènes nerveux; — et, presque invariablement, dans les premiers temps de la période secondaire. — Je l'ai vue même préluder de quelques jours à l'invasion de la roséole, par exemple sur l'une de mes malades qui, six semaines après le début d'un chancre, entra de la façon que voici dans la période secondaire: malaise général; céphalée vive; douleurs multiples et surtout endolorissement des membres; troubles nerveux et, plus spécialement encore, état d'éréthisme nerveux; — accélération extrême du pouls, battant entre 140 et 150, et cela sans la moindre élévation de température; — puis, six jours plus tard, syphilide érythémateuse confluente.

3° **Arythmies cardiaques inconscientes**. — Manifestation beaucoup plus commune que les deux précédentes et se caractérisant par le curieux phénomène que voici :

Irrégularités diverses du pouls radial; — irrégularités non senties, non perçues (sauf exceptions rares) par les malades; — difficilement appréciées ou même non appréciables pour quelques-unes par l'exploration digitale de l'artère; — mais se révélant de la façon la plus évidente à l'exploration sphygmographique.

Pour avoir longtemps étudié cet ordre de symptômes chez mes malades de Lourcine, je suis autorisé, je crois, à en affirmer l'authenticité, non moins que l'irrécusable relation avec le nervosisme secondaire. Sur nombre de ces malades, en effet, j'ai constaté que le pouls radial, d'une régularité absolue à la période primaire, commençait à se troubler comme rythme au cours de la période secondaire; — que ces arythmies duraient un certain temps, pour s'évanouir ensuite, à la façon dont se dissipent et disparaissent toutes les manifestations secondaires; — qu'elles se produisaient toujours soit sur des femmes nerveuses, soit sur des femmes éprouvées d'une façon nerveuse par la syphilis; — enfin, qu'elles n'étaient imputables à aucune cause autre que la syphilis. Logiquement, donc, on peut les considérer, elles aussi, comme un mode d'expression du nervosisme secondaire.

Ces arythmies du pouls ne se rencontrent pas seulement chez les femmes dont la circulation est troublée d'une façon consciente et qui se plaignent de quelques troubles fonctionnels, tels que palpitations, étouffements, dyspnée. Elles se produisent aussi — et plus fréquemment, je crois, — *en dehors de tout trouble perçu*, indépendamment de tout désordre fonctionnel, de tout état de souffrance des organes circulatoires. Il faut alors les chercher pour les découvrir, et c'est affaire au médecin de les dépister.

Ajoutons que, d'ailleurs, elles sont essentiellement intermittentes.

Si bien que d'une semaine à une autre, d'un jour à un autre, voire d'une heure à l'autre, elles peuvent se présenter modifiées ou même disparaître, pour se reproduire à échéances absolument irrégulières. C'est là ce dont témoignent les tracés sphygmographiques, alors qu'on s'astreint à les recueillir *en série* pendant un certain temps sur la même malade. — Disons toutefois que, dans les cas bien accentués, la modalité morbide du pouls se montre assez persistante et assez uniforme pour un temps plus ou moins long.

Quant aux types que sont susceptibles d'affecter ces arythmies secondaires, ils sont assez variés. Ainsi :

Tantôt l'irrégularité porte sur la *durée inégale* des pulsations, dont quelques-unes sont anormalement prolongées, comme dans les deux tracés que voici :

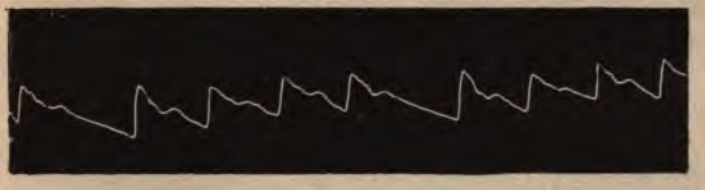


Fig. 20.

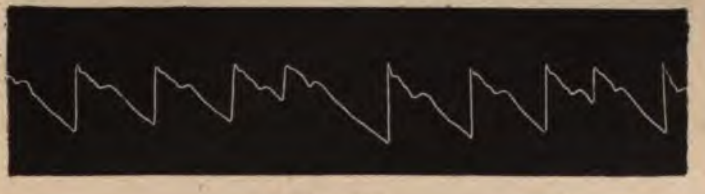


Fig. 21.

Tantôt l'irrégularité est relative à l'*inégalité d'amplitude* des pulsations. Ainsi, certaines pulsations contrastent avec les autres par une ligne d'ascension notablement plus élevée (et quelquefois aussi par une durée plus longue). C'est ce dont témoignent les tracés 22 et 23.

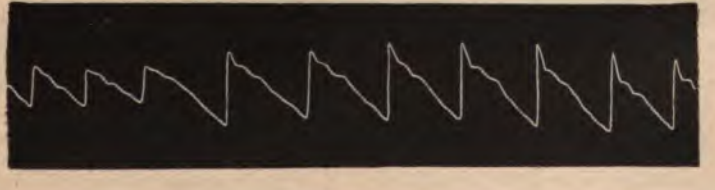


Fig. 22.

Fig. 23.

D'autres fois, l'irrégularité se traduit par ce qu'on appelle une *systole avortée*, comme dans les figures 24 et 25.

Fig. 24.

Fig. 25.

Il se peut, enfin, que plusieurs de ces irrégularités se trouvent réunies, associées sur le même sujet.

Je n'insisterai pas davantage sur les phénomènes de cet ordre, que j'ai plus longuement étudiés ailleurs (1), et cela parce qu'à vrai dire ils sont plus curieux qu'importants. Au point de vue pratique, on pourrait les méconnaître (comme on les méconnaît fort souvent) sans dommage pour les malades. Mais il n'en est pas de même au point de vue scientifique, et tel est leur intérêt réel, comme on va le comprendre.

Que ces phénomènes n'aient en soi rien de spécial, rien qui appartienne en propre à la syphilis, cela est de toute évidence. Et, en effet, ils ne diffèrent en rien des diverses altérations du pouls que l'on observe dans une foule de maladies, notamment dans les névroses, dans les troubles généraux de l'organisme, dans les états cachectiques, etc. (2). Mais qu'ils se rattachent à la syphilis comme origine

(1) Voy. *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2e édit., p. 68 et suiv.

(2) Consulter à ce sujet le beau livre de Lorain ayant pour titre : *Études de médecine clinique, le pouls*, Paris, 1870.

Dans un très intéressant travail publié dans les *Archives générales de médecine*

première, voilà ce qui n'est pas moins manifeste de par les conditions où ils se produisent, de par leur coïncidence habituelle avec d'autres accidents spécifiques, de par leur durée passagère, etc. Or, s'il en est ainsi, ils constituent une véritable NÉVROSE CARDIAQUE d'*origine spécifique*. Eh bien, je le demande, n'est-il pas curieux, prodigieusement curieux, de voir la syphilis, même jeune, même secondaire, retentir ainsi sur le cœur?

PHLÉBITE SECONDAIRE.

Des phlébites de modalité subaiguë ou de modalité froide, aphlegmasique, ont été observées comme manifestations de syphilis secondaire. Mais ce sont là des accidents des plus rares.

Aussi bien ces phlébites sont-elles de connaissance récente. Elles paraissent avoir été signalées pour la première fois par Gayraud (1882). — Un de mes anciens internes, le Dr Mendel, leur a consacré un intéressant mémoire (1), où il a réuni à peu près tous les cas publiés jusqu'à ces derniers temps.

Siège. — La phlébite secondaire affecte presque exclusivement les *veines superficielles*, situées sous la peau. Rarement on l'a constatée sur les veines profondes (celles du mollet, par exemple).

Elle intéresse d'une façon également presque exclusive les veines des *membres* et, bien plus souvent, celles des membres inférieurs (saphène interne, saphène externe) que celles des membres supérieurs (basilique, céphalique, médiane basilique, médiane céphalique, médiane de l'avant-bras, etc.). — Jamais on ne l'a signalée à la main, au pied, au cou, à la tête, etc.

La *saphène interne*, soit dans son tronc, soit dans ses branches, est la veine qu'elle affecte le plus fréquemment.

En général, la phlébite secondaire n'intéresse qu'une seule veine. On l'a vue cependant se porter soit simultanément, soit successivement et à courtes échéances chronologiques, sur les deux saphènes, voire sur trois ou quatre troncs veineux. Dans un cas de M. le Dr Mauriac, par exemple, un malade fut affecté, à quelques mois de distance, de manifestations phlébitiques sur les veines profondes

(décembre 1872), M. le professeur LASÈGUE a démontré ce fait, que les intermittences cardiaques se rencontrent comme phénomène *habituel* dans une série d'états morbides très divers ayant tous pour aboutissant commun un trouble grave de la santé, notamment dans les cachexies de tout genre, cachexies passagères et curables, ou bien cachexies persistantes et ultimes. Or, à plus d'un titre, la syphilis figure au nombre des affections susceptibles d'apporter « un trouble grave dans la santé ». *A priori*, donc, on serait autorisé à la considérer comme susceptible de déterminer des intermittences cardiaques. Nous venons de voir l'expérience clinique confirmer cette présomption.

(1) Voy. MENDEL, *Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1894).

du mollet droit, puis sur les veines sous-cutanées de l'avant-bras droit, puis sur plusieurs veines sous-cutanées de la cuisse droite. — Une femme, citée par Breda, présenta dans le même temps, sans parler de diverses manifestations secondaires, des phlébites multiples portant sur la saphène interne gauche, la basilique, la céphalique et la médiane du même côté. — Je viens d'observer un fait exactement semblable. — Il y a plus même. Ainsi, dans un cas qui a été relaté par le Dr Mendel, toutes les veines superficielles des membres (réserves faites pour celles des mains et des pieds) se trouvèrent prises à un moment donné et converties en autant de cordons rigides.

Enfin, comme étendue et importance de lésions, trois ordres de cas possibles : cas où la phlébite se restreint à un court segment d'une veine (quelques centimètres); — cas, plus usuels, où elle affecte un segment vasculaire plus considérable, tel que la portion jambière ou la portion crurale de la saphène interne ; — cas, exceptionnels, où elle intéresse, comme sur un malade de Charvot et sur l'un des miens, toute la saphène interne depuis la malléole jusqu'à la région crurale supérieure.

Étiologie. — Généralement nulle, en ce sens que la phlébite se produit sans le moindre appel, sans la moindre provocation, par exemple sur des malades hospitalisés, gardant un repos au moins relatif, en tout cas non soumis à la moindre fatigue.

Quelquefois, cependant, on l'a vue succéder à du surmenage physique, des efforts, des fatigues, etc. — Dans un cas elle a coïncidé avec des manifestations de rhumatisme syphilitique.

Notablement plus commune chez l'homme que chez la femme.

Symptômes. — Rien de spécial. — Les symptômes sont ceux d'une phlébite *de modalité subaiguë* ou même, disons mieux, de modalité initialement subaiguë, mais tournant presque aussitôt à une *modalité froide*, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique des cordons veineux. — Quelquefois la maladie affecte cette modalité froide dès son début et la conserve pendant toute sa durée.

Sommairement, ce qu'on observe est ceci :

1° Début toujours brusque, inattendu ; — s'annonçant par une *douleur* plus ou moins vive et nettement circonscrite; — douleur spontanée, s'exaspérant surtout par les mouvements et la pression.

2° Au niveau du point douloureux, *empâtement* phlegmasique, avec ou sans *suffusion rosée* des téguments; — empâtement et suffusion de forme généralement allongée, parfois même s'étendant en longues, minces et fines traînées.

3° Perception possible en ce même point (surtout alors qu'après quelques jours les symptômes de congestion locale commencent à s'affaisser) d'un *cordon* cylindroïde, allongé, dur, parfois renflé sur

certains points et moniliforme, cordon comparable, suivant sa grosseur, soit au petit doigt, soit à un tuyau de pipe, soit même (pour les petites veines) à une plume de corbeau. — Ce cordon offre ceci de spécial qu'il suit anatomiquement le trajet connu d'une veine; c'est donc une veine, bien certainement, qui le constitue. Parfois même la démonstration peut en être acquise par ce fait qu'une compression exercée sur le membre à sa racine gonfle ce cordon à la façon d'une veine; mais il faut, pour que cette expérience réussisse, que la veine soit restée à moitié perméable, ce qui d'ailleurs n'est pas très rare, assure-t-on.

Ce cordon dur répond au segment de veine affecté. C'est dire qu'il a une étendue très variable suivant les cas : tantôt se limitant à quelques centimètres, tantôt mesurant la longueur d'un segment de membre, et tantôt enfin (mais ceci n'est plus qu'exceptionnel) correspondant à presque toute la longueur du membre.

Il est généralement continu et uniforme, à cela près de quelques petits renflements partiels en forme de grains de chapelet. — D'autres fois il est interrompu et se présente « en tronçons », comme si (particularité singulière, mais authentique) un département de la veine était resté sain entre deux segments affectés.

Lorsque ce cordon s'accroît comme étendue, la propagation phlébitique se fait habituellement dans le sens centripète, plus rarement dans le sens centrifuge. Ainsi, au niveau de la saphène, la phlébite remonte du genou vers la racine du membre plus fréquemment qu'elle ne descend de la cuisse vers la jambe. — Cette propagation est quelquefois très rapide. Exemple : dans un cas de Gayraud, toute la saphène crurale se trouva intéressée en l'espace de quarante-huit heures.

4° *Œdème*; — proportionnel à l'importance de la veine thrombosée; — presque toujours minime et limité à l'extrémité des membres (région malléolaire, par exemple); — parfois plus intense. — On l'a même vu « considérable », comme dans un cas de phlébite des veines du bras relaté par le Dr Mauriac.

5° *Troubles fonctionnels* variés : gêne et limitation des mouvements du membre. — Dans les phlébites du membre inférieur, marche difficile, douloureuse, impossible même; fourmillements, engourdissement, etc.

6° *Troubles généraux*. — En général légers et surtout peu durables. — Au début, fièvre moyenne, avec le cortège de troubles sympathiques qui accompagnent toute fièvre. Mais, très rapidement, cette réaction tombe; il est rare qu'elle excède deux à trois jours.

Parfois même, mais seulement dans les cas légers et de modalité relativement froide, absence de troubles généraux.

Évolution, durée. — L'évolution est ce qu'il y a de plus spécial

(je serais presque tenté de dire de plus caractéristique) dans toute l'histoire de la phlébite secondaire. L'affection, en effet, débute brusquement avec une modalité subinflammatoire; puis, très rapidement, *elle tourne court pour verser dans une modalité froide* où elle ne consiste plus qu'en une induration plastique de la paroi vasculaire. Peu de phlébites évoluent sous cette forme.

De ces deux étapes successives, l'une est très courte et n'excède guère deux à trois jours; — tandis que l'autre est infiniment plus prolongée. Ainsi, même dans les cas les plus légers, la résolution ne demande pas moins de quinze jours à trois semaines pour s'accomplir, c'est-à-dire pour que la veine indurée reprenne sa souplesse normale. Bien plus usuellement, elle exige six semaines à deux mois, voire davantage. Il est exceptionnel toutefois qu'elle réclame un temps notablement plus long, comme dans un cas de M. Mauriac où, après trois invasions phlébitiques, la guérison ne se fit pas attendre moins de six mois.

Des *récidives*, en effet, s'observent quelquefois, comme le démontrent ce dernier cas et quelques autres analogues. L'une de mes observations personnelles est un type du genre et mérite, à ce point de vue, d'être citée :

Syphilis en mai. — Vers la fin de juin, *première invasion* de symptômes phlébitiques sur la saphène gauche.

En juillet, syphilide ulcéreuse superficielle. — *Seconde invasion phlébitique*, se faisant sur la saphène interne droite, sur la médiane basilique et la médiane céphalique du côté gauche et sur la céphalique droite. — Traitement mixte ; guérison presque complète en septembre.

En octobre, à la suite de fatigues physiques (le malade, garçon de magasin, frottait et cirait le parquet), *troisième invasion phlébitique*, celle-ci plus intense et plus généralisée, affectant *toutes les veines superficielles des quatre membres*, à la réserve de celles des mains et des pieds. — Nouveau traitement ; — guérison vers la fin de novembre.

Pronostic. — Favorable. — Jusqu'à ce jour tous les cas se sont terminés par résolution et par résolution complète, sans complications, sans accidents. On n'a pas encore, notamment, observé d'embolie, éventualité qui constitue, comme chacun le sait, le danger capital des phlébites.

Diagnostic. — Facile; car il ressort nettement de la qualité des symptômes observés (douleur circonscrite, empâtement allongé, œdème, et surtout perception presque toujours possible d'un cordon dur, moniliforme, suivant le trajet connu d'une veine).

Quant à la nature *spécifique* de la phlébite, elle ressort : 1° des conditions toutes spéciales dans lesquelles l'affection s'est produite, c'est-à-dire sur un sujet syphilitique et généralement affecté dans le même temps d'accidents syphilitiques secondaires ; — 2° de

la modalité particulière de cette phlébite qui, après avoir débuté à la façon d'une phlébite inflammatoire, a dégénéré presque immédiatement en une simple induration plastique de la veine; — 3° enfin, de l'exclusion d'autres causes (traumatisme, rhumatisme, tuberculose, infections diverses) susceptibles de déterminer une phlegmasie ou une thrombose veineuse.

Longtemps la phlébite secondaire a été prise pour une simple lymphangite, et cela surtout parce que, théoriquement, on n'admettait pas la possibilité d'une localisation spécifique sur les veines, surtout au cours de la période secondaire. Cette confusion ne serait plus pardonnable de nos jours, et elle sera facilement évitée de par les considérations suivantes :

I. — La lymphangite a pour aboutissant un ou plusieurs ganglions engorgés. — La phlébite a pour point de départ et pour aboutissant un cordon veineux.

II. — Localisation anatomique de la phlébite quelquefois très précise, comme lorsqu'elle siège sur des veines de trajet connu et peu variable (saphène interne, médiane basilique, médiane céphalique, etc.)

III. — Intégrité bien manifeste du système veineux dans les cas de lymphangite.

IV. — Quelquefois, alors que la veine affectée est restée partiellement perméable, épreuve probante d'une compression exercée à la racine du membre, compression ayant pour résultat de déterminer une turgescence du cordon veineux. — Etc.

Anatomie pathologique. — Encore ignorée. — A ma connaissance, une seule biopsie (forcément incomplète et insuffisante comme résultats) a été pratiquée jusqu'ici. Elle a fourni les quelques données suivantes :

Oblitération complète du vaisseau dans le segment réséqué. — Adhérences pariétales au moins partielles avec le caillot central, constituées par le prolongement des cellules plates de la tunique interne, qui se dévient obliquement vers la lumière de la veine en constituant un tissu dense. — Congestion très intense de la tunique externe au niveau des adhérences. — Intégrité de la tunique moyenne, qui reste exempte d'altérations appréciables. — Au contraire, tuméfaction très accentuée de la tunique interne, qui présente une épaisseur quadruple et même quintuple de la normale. — Cet épaississement est constitué par une prolifération surabondante des cellules, qui ont perdu en ces points leur aspect plat et leur disposition parallèle. — Au total, donc, lésions de phlébite, mais *rien de spécial* et rien autre que des altérations banales, comme on en constate dans une veine obstruée par un caillot (1).

Traitement. — Il consistera très simplement en ceci :

(1) Mendel, Mémoire précité.

Repos. — Repos au lit, voire prolongé, alors que la phlébite occupe les membres inférieurs.

Dans les premiers temps, cataplasmes émollients ; — bains.

Onctions mercurielles sur le trajet de la veine.

Traitement mixte.

III

SYSTÈME DIGESTIF ET ANNEXES.

Le système digestif est sujet, au cours de la période secondaire, à des troubles nombreux et très variés de forme, quelques-uns même étranges, presque extraordinaires.

En tête de ce chapitre, je spécifierai tout d'abord que la plupart des manifestations qui vont y figurer sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. Et j'ajouterai aussi que, dans le sexe féminin, elles ne sont guère l'apanage que de certaines femmes nerveuses ou nerveusement éprouvées par la syphilis. — A noter encore qu'elles ne sont pas en relation obligatoire avec l'intensité même de l'infection. Ainsi, certaines femmes affectées de syphilis plus ou moins sérieuses, voire presque graves originairement quant à leurs symptômes extérieurs, sont relativement épargnées quant à leurs fonctions digestives et doivent à ce privilège de résister à la maladie ; tandis que d'autres, coïncidemment avec des symptômes d'allure bénigne, sont sévèrement éprouvées dans ces mêmes fonctions, ce qui ne manque guère d'imprimer à leur syphilis un certain degré de gravité, et je dirai même, sans exagération pour quelques cas, de malignité particulière.

I. — Je signalerai d'abord dans ce groupe les **troubles dyspeptiques** et **gastralgiques.**

Ces troubles sont communs au cours de l'étape secondaire, et cela chez la femme spécialement. Ils se caractérisent par les symptômes usuels de ces deux névroses stomacales, sans rien présenter de particulier.

Quelle pathogénie assigner à cet ordre de manifestations ? Procèdent-elles directement de la syphilis ? Cela ne serait pas impossible pour certains cas où on les voit apparaître pour la première fois au cours de la période secondaire et disparaître au delà. Ou bien ne font-elles que dériver *indirectement* de la diathèse, comme conséquences de l'état de débilitation, d'anémie, d'asthénie fonctionnelle, qui résulte de l'infection générale ? Cette dernière interprétation paraît plus vraisemblable. — Ne pas oublier aussi la part que peuvent prendre à la genèse de ces névroses les diverses médications mises en œuvre contre la maladie.

II. — Beaucoup moins commune, mais non récusable cependant, est une névrose intestinale qu'on a qualifiée du nom d'**entéralgie secondaire**. — Celle-ci se caractérise par des douleurs abdominales plus ou moins vives, produisant la sensation de « coliques », s'exagérant par crises intermittentes et irrégulières, s'accompagnant même quelquefois de vomituritions.

Que sont de telles douleurs et sur quel organe les localiser? — D'une part, une étude attentive les montre indépendantes de toute cause accidentelle, telle qu'indigestion, écart de régime, refroidissement, etc. D'autre part, le palper abdominal et, au besoin, le toucher vaginal excluent toute affection de l'utérus ou de ses annexes. Impossible de supposer une phlegmasie péritonéale, non plus qu'une myosalgie des muscles abdominaux, non plus qu'une névralgie lombo-abdominale. De sorte que, par voie d'élimination, on est conduit à localiser ces douleurs dans l'intestin et à en faire l'expression d'une névrose douloureuse de cet organe.

Cette entéralgie secondaire est variable et mobile à l'instar des névralgies de tout genre et plus spécialement des viscéralgies. Chez la plupart de mes malades, je l'ai vue sujette à des oscillations inexplicables, à des sédations et à des recrudescences alternantes, comme aussi à des récidives imprévues. C'est dire qu'elle n'a rien de fixe comme durée. Presque éphémère chez telles femmes, elle est plus prolongée chez telles autres, qu'elle peut affliger pendant plusieurs septénaires d'une façon intermittente ou continue.

Ajoutons que parfois encore elle s'associe à des troubles de même ordre affectant l'estomac, pour constituer une véritable *gastro-entéralgie*.

De même que les névralgies ou les viscéralgies spécifiques, elle est réfractaire en général aux narcotiques communs (opium, belladone, etc.), qui ne paraissent exercer sur elle qu'une sédation artificielle et passagère. En revanche, la médication antisyphilitique, aidée au besoin de quelques révulsifs abdominaux, la soulage et la dissipe assez rapidement.

III. — Plus rarement ces douleurs abdominales *semblent* être symptomatiques d'une véritable **entérite**. C'est qu'alors en effet il s'y adjoint divers phénomènes qui témoignent d'une excitation phlegmasique de la muqueuse intestinale, à savoir : diarrhée plus ou moins abondante et plus ou moins persistante (de quelques jours à deux ou trois semaines), excrétions glaireuses, parfois même légèrement striées de sang, sensibilité inflammatoire de l'abdomen, vomituritions, etc.

Il faut convenir cependant que, si elle existe, cette entérite syphilitique *secondaire* est loin encore d'être démontrée, à l'inverse de l'entérite syphilitique tertiaire dont l'existence repose sur des témoi-

gnages anatomiques indiscutables. Théoriquement, on ne s'est pas fait faute de l'admettre. « Il doit exister, a-t-on dit, un énanthème secondaire analogue aux exanthèmes secondaires ; il doit exister un catarrhe des voies digestives et biliaires constituant, comme pendant aux dermopathies, de véritables *syphilides intestinales.* » D'autres ont émis l'hypothèse d'une diarrhée symptomatique de la réaction du virus sur les organes lymphoïdes de l'intestin. « Il n'est pas douteux pour nous, dit le Dr Jullien, que ce symptôme ne doive être rattaché, dans un grand nombre de cas, à l'influence du virus sur les follicules clos de la muqueuse intestinale, lesquels ne sont en définitive que de petits ganglions lymphatiques. Chez un homme de cinquante et un ans qui succomba dans le cours d'une syphilide maculeuse, Oser (de Cracovie) a constaté le long de l'intestin grêle, depuis le jéjunum jusqu'à la valvule iléo-cæcale, de nombreuses ulcérations répondant aux plaques de Peyer. Au niveau de ces ulcérations, le péritoine était recouvert de nodules gris blanc, manifestement en rapport avec les vaisseaux lymphatiques dilatés. Peut-être aussi faudrait-il voir dans ce trouble des fonctions intestinales un effet de l'adénopathie mésentérique et rétro-péritonéale qui doit exister fréquemment au début de l'infection. »

Rien de mieux, théoriquement. Mais tout cela est bien hypothétique. D'une part, cliniquement, les observations sont encore insuffisantes pour établir d'une façon irréfutable l'existence d'une entérite secondaire. Des diarrhées avec coliques au cours de la période secondaire, cela se rencontre à tout instant, mais il est bien difficile de déterminer si ces diarrhées relèvent de la syphilis et non d'autres causes incidentes (écarts de régime, refroidissements, influences médicamenteuses et, tout spécialement, *hydrargyrie intestinale*, etc.).

Et, d'autre part, anatomiquement, quelques faits d'*ulcérations intestinales* qui ont été publiés ces derniers temps semblent ressortir bien moins à la syphilis secondaire qu'à une étape plus avancée de la maladie.

La question reste donc à l'étude.

Toujours est-il que je dois donner place ici à une observation très curieuse et très instructive, due à MM. Hayem et Tissier (1), observation qui présente pour nous un double intérêt, comme on va le voir.

(*Sommaire.*) — Une femme de trente-deux ans est apportée à l'hôpital dans un état de stupeur adynamique. Elle présente tous les signes d'une dothiénentérie (inutiles à reproduire ici), notamment une diarrhée abondante. On remarque cependant l'absence de divers symptômes, tels que taches rosées, épistaxis, tuméfaction de la rate et phénomènes thoraciques. — En outre, on relève sur elle (sans parler d'une hémiplégie survenue l'année précédente et guérie en deux mois) des témoignages incontestables de syphilis, à savoir :

(1) Hayem et Tissier, *De la Syphilis de l'intestin* (*Revue de médecine*, t. IX, avril 1889).

syphilides papulo-squameuses en placards, de couleur rouge brun avec reflets cuivrés, sur le thorax, le ventre, le dos et les cuisses ; — adénopathies inguinales légères ; — et syphilides papulo-hypertrophiques au niveau de l'anus. — Traitement par frictions mercurielles et injections de peptonate de mercure. — Très rapidement, l'état s'aggrave : délire, céphalalgie, somnolence ; puis refroidissement, cyanose, et mort.

L'autopsie révèle comme seules lésions : dans le cæcum, plusieurs *ulcérations* de dimensions différentes, dont la plus grande mesure 15 millimètres verticalement sur 5 millimètres de largeur ; ulcérations circulaires ou ovalaires, entourées d'une aréole rouge, à bords offrant une induration notable, à fond blanchâtre et rempli d'une matière puriforme ; — dans le côlon ascendant, deux érosions assez longues, mais étroites ; — dans le côlon transverse, deux ulcérations peu profondes, à peu près circulaires, à bords indurés, etc.

Or, d'une longue et savante discussion, à la fois clinique et histologique, MM. Hayem et Tissier aboutissent à conclure :

1° Que, dans ce cas, les ulcérations de l'intestin ne peuvent certainement être imputées ni à la tuberculose, ni à la fièvre typhoïde, ni à la dysenterie, ni à la leucémie, etc. ; — et que, par exclusion, étant donnée de plus la coexistence de lésions cutanées de nature incontestablement syphilitique, elles doivent rationnellement être rapportées à la syphilis.

2° Que les symptômes typhoïdiques présentés par la malade ont sûrement dérivé des lésions ulcéreuses de l'intestin, et que, conséquemment, « à côté de la typhose syphilitique *essentielle* de Fournier, *il existe une typhose syphilitique symptomatique de lésions ulcéreuses de l'intestin*, typhose appartenant à un stade plus éloigné de l'accident initial, typhose dont le pronostic est aussi plus sombre, puisque la mort peut en être le dénouement (1) ».

Il semblerait donc résulter ceci de l'observation qu'on vient de lire :

1° Que la syphilis serait capable, même à une époque où elle se traduit encore par des manifestations d'ordre secondaire, de déterminer une *entérite ulcéreuse* ;

(1) Cette conclusion est également reproduite par M. le Dr Galliard dans son intéressante étude sur les *Entéropathies syphilitiques* (*Presse médicale*, 23 janvier 1897).

Je n'ajouterai qu'une remarque à ce qui précède.

Bien que présentant à la peau et à l'anus des manifestations d'ordre secondaire, la malade de MM. Hayem et Tissier avait été déjà touchée par le tertiarisme, puisque, l'année précédente, elle avait été affectée d'une hémiplégie supposée syphilitique. Ce cas serait donc mal choisi en tant que preuve à l'appui de l'entérite syphilitique *secondaire*. — La question, au surplus, est de médiocre importance ; car, ainsi que je l'ai dit et répété tant de fois, où se trouve en clinique la frontière délimitative entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire ? L'essentiel est de savoir qu'il y a une *entérite spécifique*. Et le point nouveau qui doit s'imposer actuellement à nos recherches, de par la très intéressante observation de MM. Hayem et Tissier, est de déterminer si cette entérite peut ou non servir d'explication à ces curieux *états typhoïdes* qui ne laissent pas de se produire sur nos malades avec quelque fréquence.

Et 2° que cette entérite, à son tour, pourrait s'accuser par un ensemble de phénomènes typhoïdiques constituant une *typhose secondaire*.

C'est là, à ce double point de vue, un fait d'importance majeure, sur lequel notre attention doit se diriger actuellement.

IV. — Enfin, un autre phénomène assurément exceptionnel, mais digne de mention, consiste en de véritables **crises de vomissements** qui, associées ou non à tel ou tel des symptômes précédents, se répètent quelquefois pendant un temps plus ou moins long, à l'instar, par exemple, des vomissements qui signalent le début d'une grossesse.

On voit de la sorte certaines femmes syphilitiques — celles surtout chez qui la syphilis se traduit par des phénomènes de langueur, de dépression, d'adynamie fonctionnelle — être prises tout à coup et sans cause appréciable d'une véritable *intolérance gastrique*. Elles se mettent à vomir, voire à vomir tout ce qu'elles prennent; elles rejettent même les aliments les plus légers, les boissons, le lait, etc. Il semble que l'estomac, frappé d'atonie, soit devenu incapable de rien digérer.

Cette *impuissance digestive*, cette sorte d'*asthénie gastrique* résiste en général assez opiniâtrément aux médications les plus rationnelles. Elle ne persiste jamais moins de plusieurs semaines.

V. — Mais beaucoup plus communs et surtout plus curieux sont les troubles qui peuvent intéresser l'*appétit* au cours de la période secondaire.

Ceux-ci sont variés, voire susceptibles de types absolument contraires. Tantôt, en effet, la syphilis diminue ou même éteint l'appétit; — et tantôt, inversement, elle l'exagère d'une façon morbide, jusqu'à constituer une véritable boulimie.

En tout cas, ces troubles peuvent se ranger, pour les besoins d'une description méthodique, sous les trois chefs suivants :

1° Diminution de l'appétit ;
2° Anorexie hystériforme ;
3° Boulimie secondaire.

1° **Diminution de l'appétit.** — Le premier type est infiniment le plus commun, et pour cause. La syphilis secondaire, en effet, comporte une foule de manifestations susceptibles de réagir à divers titres sur l'appétit et de le diminuer : poussées éruptives, fièvre spécifique ou fièvre symptomatique, phénomènes douloureux de tout ordre, accidents nerveux, insomnie, débilitation générale, chloro-anémie, etc., etc. ; sans parler des influences d'ordre moral.

D'autre part, en dehors de cette anorexie symptomatique, il se

produit assez souvent, au cours de la période secondaire, une anorexie en quelque sorte essentielle, propre, je dirais volontiers *infectieuse*, qui ne semble explicable par aucune des manifestations précédentes.

En tout cas, il n'est pas rare, chez la femme jeune notamment, comme aussi chez les sujets lymphatiques ou nerveux, que l'appétit subisse une dépression notable dès l'invasion ou dans les premiers temps de la période secondaire. C'est ainsi que nombre de femmes témoignent à ce moment d'une inappétence insolite qui les étonne elles-mêmes. « Elles n'ont plus faim, disent-elles ; elles ont perdu le goût du manger. » Leur langue néanmoins — contraste curieux — n'est pas saburrale ; elle reste nette, humide ; tout au plus devient-elle parfois légèrement grisâtre.

Cet alanguissement de l'appétit persiste plus ou moins longtemps, quelques septénaires en moyenne ; après quoi l'état normal se rétablit. — Parfois encore, il se reproduit une ou plusieurs fois, à échéances variées.

2° **Anorexie hystériforme secondaire.** — Infiniment plus rare et presque exceptionnel, ce second type reproduit exactement ce que l'on a décrit sur le nom d'anorexie hystérique. Je pourrais presque en dire : C'est l'anorexie hystérique se développant sous l'influence de la syphilis.

C'est ainsi qu'on voit parfois certaines femmes (celles notamment chez lesquelles la diathèse se traduit par une asthénie singulière de tous les systèmes) perdre l'appétit d'une façon en quelque sorte radicale. Elles en arrivent, pour un temps, à ne plus sentir l'aiguillon de la faim. Elles ne peuvent plus rien manger ; à les en croire, elles vivraient de rien. L'appétit n'est pas seulement anéanti chez ces malades, il a fait place à une véritable *répugnance pour les aliments*. Vainement celles qui sont dans l'aisance essaient-elles de divers artifices culinaires propres à réveiller le sentiment de la faim ; tout les dégoûte. La nourriture « leur fait horreur », disent-elles, et les heures des repas leur « deviennent un supplice ».

Je me rappelle, entre autres observations de ce genre, le cas d'une jeune malade à laquelle je donnais mes soins ces dernières années et qui, pendant quelques semaines, m'inspira de réelles alarmes. C'était, il faut le dire, une de ces femmes de boudoir qui ne vivent que pour la toilette et le bal, qui ne se lèvent jamais avant l'après-midi ou presque le soir, et pour lesquelles la marche et le soleil sont choses à peu près inconnues. Affectée d'une syphilis assez grave et prodigieusement féconde en accidents nerveux, elle perdit le peu d'appétit qu'elle avait d'habitude, et le perdit si bien que, pendant plus de six semaines, elle ne put tolérer un atome de pain ou de viande. Elle se nourrissait d'un biscuit par jour, d'un fruit, de bonbons, de quelques

friandises. Cela lui suffisait, bien qu'elle fût apyrétique, bien qu'elle conservât la langue nette et exempte de saburres. Aussi maigrissait-elle à vue d'œil. Quoique désolée d'un tel étiolement, elle se refusait obstinément à manger ; toutes mes instances, toutes ses résolutions même se brisaient devant un dégoût insurmontable pour les aliments : « C'est plus fort que moi, disait-elle, il m'est impossible d'avaler du pain ou de la viande ; cela me répugne trop. » Et, non sans anxiété, je me demandais ce qui allait advenir d'un tel état de choses, lorsqu'un beau jour la détente se fit, les aliments furent supportés, et peu à peu les fonctions digestives se rétablirent.

N'est-ce pas là vraiment une page de pathologie nerveuse? Et cette anorexie secondaire n'est-elle pas le pendant de l'anorexie hystérique, si même elle n'est pas de l'anorexie hystérique ? D'où le qualificatif d'hystériforme que j'ai proposé pour elle.

Soit dit au passage, ces dérangements et, *à fortiori*, cette dépression, cette abolition de l'appétit ne laissent pas, en pratique, de créer au médecin de sérieux embarras. Quel traitement prescrire à des malades qui ne mangent plus ? Ne tolérant pas les aliments, leur estomac tolère encore moins les remèdes. De sorte qu'ils vont s'anémiant, se débilitant, s'étiolant de jour en jour, et la diathèse non réprimée a beau jeu, en de telles conditions, pour aboutir à des formes sérieuses ou même graves. Que faire, cependant? Ceci, à mon sens :

1° Renoncer résolument à toute médication interne, à l'exception peut-être de quelques préparations amères, de la kola, et surtout du café, qui, donné à petites doses (un verre à liqueur ou un demi-verre à bordeaux après les repas), joue le rôle utile de stimulant digestif.

2° Comme médication spécifique, s'en tenir aux frictions, aux injections, aux lavements iodurés.

3° Et surtout, par-dessus tout, s'attacher à relever les fonctions digestives par leurs excitants naturels, à savoir : le grand air, et, si possible, l'air de la campagne, l'air des bois ; — la marche ; — le massage, les frictions cutanées ; — les stimulants extérieurs, douches tièdes, d'abord, puis refroidies, et froides après un certain temps, etc. (1). A coup sûr, le changement de vie, d'habitudes, de milieu, et l'intervention d'une hygiène réconfortante sont les moyens thérapeutiques sur lesquels il y a le plus à compter pour sortir l'économie de sa torpeur, relever les fonctions digestives et venir à bout de cette sorte de « neurasthénie de l'estomac ».

A preuve, comme exemple, le cas suivant.

Vers le septième mois d'une syphilis tout au plus moyenne en tant que manifestations spécifiques, mais féconde en accidents nerveux, une jeune femme du *high life* parisien (c'est tout dire comme hygiène)

(1) Peut-être y aurait-il encore quelque bénéfice à obtenir soit des glycérophosphates, soit des injections de sérum. L'expérience n'est pas faite sur ce point.

se prit à perdre l'appétit, et cela d'une façon complète, absolue, au point d'en arriver à passer des journées sans ingérer autre chose que quelques insignifiantes friandises. Elle tomba bientôt, tout naturellement, dans un état de langueur et d'asthénie générale; elle eut même, à plusieurs reprises, de réelles défaillances. Inutile d'ajouter qu'elle ne supportait plus aucun remède, qu'elle avait pâli et maigri d'une façon considérable, bref qu'elle s'était étiolée au point de ne plus être que « l'ombre d'elle-même »; si bien que, dans son entourage, on disait déjà qu'elle « s'en allait de la poitrine ». Vainement, jusqu'alors, je m'étais prodigué en conseils, en avertissements au point de vue de son hygiène, qui était déplorable comme oisiveté, comme absence d'exercice, d'air et de lumière, lorsqu'un beau jour, contre toute attente, la malade prit la résolution subite de modifier enfin son genre de vie. Elle se leva de bon matin, se fit conduire chaque jour au bois de Boulogne, où elle s'entraîna à la marche, se soumit à l'hydrothérapie d'abord tiède, puis froide, consacra tous ses après-midi à de longues promenades en voiture, etc. — Ce fut alors un changement à vue. Quinze jours après, elle mangeait « presque à son ordinaire », et, deux mois plus tard, elle était rétablie.

3° **Exagération morbide de l'appétit, boulimie secondaire.** — En d'autres cas, la névrose stomacale revêt une forme précisément inverse, pour se traduire par une excitation pathologique de l'appétit, excitation susceptible de degrés variés et pouvant s'élever jusqu'à la véritable boulimie.

Un trouble de ce genre, je m'empresse de le dire, est des mieux faits pour éveiller la défiance, en raison même de son caractère insolite, de sa bizarrerie. Je pressens d'autant mieux les incrédulités auxquelles il se heurtera que, tout le premier, j'ai été longtemps, sinon à le méconnaître, du moins à en suspecter la connexion pathogénique avec la syphilis. Mais j'ai dû me rendre à l'évidence et, après avoir recueilli, analysé, discuté un grand nombre d'observations relatives à ce curieux symptôme, je me crois autorisé à le présenter comme une manifestation réelle et bien authentique de ce qu'on appelle le nervosisme secondaire.

Étiologie. — Déterminons d'abord les conditions dans lesquelles il s'observe.

1° C'est un phénomène qui se produit exclusivement dans la période *secondaire* de l'infection, à des termes assez variés, le plus souvent dans les premiers mois, quelquefois aussi au début même de cette période et coïncidemment avec la première poussée des accidents généraux.

2° C'est un symptôme infiniment plus commun *chez la femme* que chez l'homme.

Sans être fréquent chez la femme, il n'est pas rare cependant, puisque, dans l'espace de six années, je l'ai rencontré sur une soixan-

taine de mes malades de Lourcine. — Il est, au contraire, exceptionnel dans le sexe masculin. Différence toute naturelle, car ce phénomène est de l'ordre des manifestations *nerveuses* de la syphilis, lesquelles, très communes dans le sexe féminin, ne s'observent jamais dans le nôtre que d'une façon rare, comme aussi avec une intensité clinique amoindrie.

3° C'est un accident qui ne se produit guère que dans certaines formes de syphilis remarquables par le caractère *nerveux* de leurs manifestations. Dans tous les cas où je l'ai observé, je l'ai vu coïncider avec d'autres symptômes attestant tout particulièrement un trouble plus ou moins accentué du système nerveux.

Symptômes. — Cela dit, venons au fait clinique.

Ce fait en lui-même est des plus simples. Il consiste en ceci: une exagération morbide de l'appétit, s'élevant souvent aux proportions d'une boulimie véritable, associée quelquefois à une augmentation notable de la soif, et susceptible de déterminer à sa suite divers troubles gastriques ou intestinaux.

Cette exagération de l'appétit se manifeste en général ou paraît se manifester d'une façon assez brusque, tout au moins assez rapide. D'un jour à l'autre la malade s'aperçoit qu'elle mange davantage, qu'elle « a plus faim que de coutume », que sa ration habituelle ne lui suffit plus, qu'un appétit insolite et bizarre la sollicite à prendre des aliments entre ses repas et même la nuit. Puis cette faim singulière devient chez elle un phénomène habituel et continu, du moins pour un certain laps de temps.

Il y a des degrés dans cette exagération de l'appétit. Parfois elle reste assez modérée pour échapper à l'attention, du moins en tant que symptôme pathologique. La malade ne la remarque alors que pour s'en féliciter, la considérant comme un témoignage de favorable augure, interprétation que, le plus souvent d'ailleurs, le médecin ne songe pas à contredire. — Mais, d'autres fois, cet appétit insolite devient inquiétant pour les malades elles-mêmes par le seul fait de son intensité singulière. Instinctivement, les femmes devenues ainsi faméliques sentent qu'elles mangent « au delà de leur nécessaire », comme elles le disent. Ce grand appétit ne leur semble pas « naturel »; elles en prennent souci et s'en plaignent au médecin. On apprend d'elles, alors, en descendant aux détails, qu'elles sont affamées d'une façon extraordinaire; qu'au lieu de manger quatre à cinq rations d'hôpital (ce qui constitue une dose d'aliments amplement suffisante à un adulte en bonne santé), elles en absorbent six, sept, huit, neuf, dix, et quelquefois même davantage; qu'elles s'emparent avidement des restes de leurs compagnes ou de ce qui leur tombe sous la main; qu'elles se procurent d'une façon ou d'une autre des suppléments de nourriture (gâteaux, biscuits, friandises, fruits, etc.); qu'elles mangent non seulement aux heures des repas, mais entre les

repas et la nuit ; qu'après avoir déjeuné ou dîné, elles ont encore faim et se remettraient volontiers à table; bref, qu'elles sont tourmentées d'un bout à l'autre de la journée par un appétit irrésistible.

Quelquefois même, mais beaucoup plus rarement, cette boulimie s'exagère encore et devient excessive, au point de pouvoir être comparée à celle du diabète. Une de nos malades nous racontait qu'un jour, après avoir déjeuné très copieusement, elle avait profité des restes de ses compagnes pour faire, séance tenante, un second déjeuner pour le moins équivalent au premier. — Une autre mangeait quotidiennement douze portions de pain (1200 grammes), non compris sa ration de soupe, de viande et de légumes, non compris les suppléments nombreux qu'elle se procurait sur ses propres ressources. Encore restait-elle toujours sur sa faim, malgré cette absorption considérable d'aliments, car, d'après son dire, « elle eût mangé bien davantage si elle n'eût écouté que son appétit ».

Une semblable exagération de la faim est, le plus souvent, accompagnée d'une excitation plus ou moins vive de la *soif*. La plupart de ces malades faméliques boivent bien plus qu'à leur ordinaire (2 à 3 litres de liquide par jour et quelquefois davantage). Toutefois, il n'est pas de parité entre ces deux symptômes morbides. Le premier domine toujours le second, comme importance et comme pathogénie; c'est-à-dire que la boulimie est le fait principal, le trouble primitif, et que la polydipsie, relativement moindre, semble n'être qu'un phénomène consécutif, subordonné, à savoir une conséquence de l'absorption exagérée d'aliments solides, spécialement d'aliments amylacés (1).

On serait tenté de croire *à priori* que l'ingestion d'une quantité excessive d'aliments ne peut manquer d'entraîner à sa suite des désordres gastriques ou intestinaux plus ou moins sérieux. Cette prévision rationnelle n'est pas toujours confirmée par l'expérience. Plusieurs de nos malades, affectées d'une boulimie véritable et mangeant avec un appétit extraordinaire, n'ont éprouvé, contre notre attente, aucun trouble important des voies digestives. Toutefois, le fait de beaucoup le plus habituel est que cette boulimie, surtout lorsqu'elle se prolonge, détermine divers symptômes morbides vers l'estomac ou l'intestin.

(1) Je dois reconnaître toutefois que, dans quelques-unes de mes observations, cette exagération de la soif a existé *seule*, indépendamment de toute surexcitation de l'appétit, et que, dans quelques autres, après avoir coexisté avec la boulimie, elle a persisté *seule*, alors que cette dernière était calmée. Cela prouve que la polydipsie n'est pas toujours subordonnée à la boulimie et qu'elle peut se montrer à l'état de symptôme isolé, indépendant. Mais il est très rare qu'on l'observe sous cette forme; la règle, c'est qu'elle ne se produise, comme je l'ai dit, qu'au titre d'épiphénomène d'un trouble primitif plus important et plus accentué, la boulimie.

Incidemment, je dois noter que je n'ai jamais constaté la présence de *glycose* dans les urines des malades affectés de boulimie ou de polydipsie secondaire.

Ces désordres *consécutifs* consistent en ceci : 1° pour l'estomac, phénomènes douloureux, variés comme expression : malaise gastrique, pesanteur après les repas, crampes, tiraillements, tortillements, véritables coliques stomacales; ou bien troubles dyspeptiques, aigreurs, éructations, lenteur et difficulté des digestions; nausées, vomituritions et vomissements; — 2° pour l'intestin, borborygmes, coliques fréquentes, sourdes; tension et ballonnement du ventre; entéralgie, et surtout diarrhée.

De ces désordres secondaires, les plus communs sont les troubles dyspeptiques, les vomissements et la diarrhée.

La *diarrhée* notamment s'ajoute à la boulimie comme une complication assez fréquente. Rien d'étonnant à cela, car l'absorption d'une quantité surabondante d'aliments doit être une cause continue d'indigestion intestinale, et l'on sait, d'ailleurs, que la boulimie, quelle qu'en soit l'origine, devient souvent l'occasion de troubles diarrhéiques plus ou moins intenses.

Cette diarrhée, dans plusieurs de nos observations, s'est montrée singulièrement opiniâtre, entretenue qu'elle était par la cause qui l'avait provoquée. Presque toujours elle résistait à nos remèdes, ou ne s'apaisait un jour que pour reparaître le lendemain. Puis, lorsque l'appétit devenait moindre, lorsque les malades ingéraient une dose moins considérable d'aliments, alors elle se calmait tout aussitôt. Il est donc à croire qu'on en aurait facilement raison si l'on pouvait, d'une façon ou d'une autre, restreindre l'alimentation à de justes limites. C'est là ce que j'ai souvent essayé de faire, mais sans succès. L'appétit morbide est tellement impérieux en pareil cas que les malades ne peuvent résister à ses sollicitations incessantes.

Ce flux diarrhéique s'accompagne le plus souvent de coliques, de ballonnement et de malaise abdominal. Il fatigue alors beaucoup les malades, surtout quand il est tant soit peu abondant. Je ne l'ai vu qu'une seule fois se compliquer d'une légère entérorrhagie.

Sur une jeune femme, que nous avions dans nos salles l'année dernière, cette diarrhée symptomatique a persisté, coïncidemment avec une boulimie violente, pendant *plus de sept mois*. Entretenue par une cause que nous étions impuissants à dominer, elle a résisté opiniâtrément à tous les remèdes, notamment à l'extrait thébaïque porté jusqu'à la dose quotidienne de 40 centigrammes. Elle ne s'est calmée qu'au moment où l'excitation morbide de l'appétit commença à s'apaiser.

Enfin, au point de vue de la nutrition, de l'état des forces et de la santé générale, l'ingestion d'une quantité excessive d'aliments, bien supérieure à celle qui doit suffire aux besoins de l'organisme, est loin d'être avantageuse aux malades. Tout au plus reste-t-elle indifférente en quelques cas; le plus souvent elle est nuisible. Si quelques-unes des femmes de notre service, devenues faméliques pour un temps plus

ou moins long, ont conservé presque intégralement leur embonpoint et leurs forces, beaucoup d'autres, et en bien plus grand nombre, dans les mêmes conditions ont maigri, pâli, et se sont affaiblies considérablement. C'est là, du reste, ce qu'on observe d'habitude dans les boulimies de tout genre, qui finissent toujours, au bout d'un certain temps, par devenir singulièrement préjudiciables à l'économie. Règle générale, l'excès d'aliments « ne profite pas » aux faméliques; souvent, d'ailleurs, il est plus que largement compensé par les troubles gastriques ou intestinaux qu'il ne manque guère de provoquer. C'est là, en l'espèce, ce que nous avons remarqué fréquemment. Ainsi, l'une de nos malades qui, pendant quatre mois, mangea d'une façon étonnante, qui « dévorait », suivant sa propre expression, qui même était réveillée la nuit par le besoin de la faim, subit sous nos yeux un amaigrissement très notable et tomba dans un état de débilitation qui ne laissa pas de nous inspirer quelques alarmes.

Un dernier détail — celui-ci des plus curieux — me reste à signaler. S'il est, en pathologie, deux symptômes discordants, c'est, à coup sûr, la fièvre et l'exagération de l'appétit. On croirait impossible de voir s'associer jamais une faim dévorante et un état fébrile plus ou moins accusé. Eh bien, cette combinaison bizarre, extraordinaire, la vérole la réalise quelquefois. Il est des cas où **la boulimie syphilitique coexiste avec la fièvre syphilitique** de forme intermittente ou continue. J'ai vu, chose étrange, des malades alitées par une fièvre élevant le pouls à 110, 115, 120, en même temps que la température axillaire à 39°,-39°,5,-39°,8, — j'ai vu, dis-je, ces malades être parfois tourmentées par les angoisses d'une faim vorace et absorber une quantité d'aliments double, triple ou quadruple de celle qui leur suffisait à l'état de santé! Ce fait insolite, qui renverse les données de l'observation commune, n'a pas été sans me surprendre. Je l'ai donc étudié avec soin, avec rigueur, et, après mûr examen, je puis le donner comme absolument vrai, comme positif, quelque interprétation d'ailleurs qu'on veuille lui attribuer. Il n'est même pas très rare, car j'ai eu l'occasion de le rencontrer à des degrés divers sur un certain nombre de nos malades.

Ce qui ajoute encore à la singularité d'une telle association de phénomènes discordants, c'est que la boulimie coexiste parfois non pas seulement avec la fièvre, mais, de plus, avec un ensemble d'accidents qui impliquent en général et semblent commander, pour ainsi dire, une dépression notable de l'appétit. J'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs malades qui, boulimiques et fébricitantes à la fois, conservèrent une faim dévorante en dépit d'un état de malaise très accentué, d'une asthénie profonde et comparable à l'accablement des fièvres graves, de douleurs aussi variées que pénibles,

d'une insomnie presque continue, de sueurs profuses, d'algidités périphériques, de désordres nerveux multiples, de troubles intenses des grandes fonctions, d'un pouls défaillant et misérable, etc.! — L'intégrité et, à plus forte raison, l'exagération de l'appétit ne font-elles pas un contraste étrange avec un tel ensemble de phénomènes?

Contraste étrange, ai-je dit; oui certes, mais contraste plus apparent que réel. Car, en somme, cette exagération de l'appétit n'est elle-même qu'un phénomène morbide. Loin d'être le témoignage d'une santé en parfait équilibre et de fonctions s'exerçant avec une énergie de bon augure, elle n'est, au contraire, qu'un indice de maladie, qu'un symptôme essentiellement pathologique. Rien d'étonnant donc à ce qu'elle coexiste avec d'autres symptômes également pathologiques, dont elle ne diffère que par l'apparence spécieuse d'un attribut de la santé.

Durée. — La durée de cette boulimie secondaire est très variable. Quelquefois simplement passagère, elle ne dépasse pas dix à douze jours. — D'autres fois, et c'est là le cas le plus habituel, les phénomènes boulimiques, alors surtout qu'ils sont bien accentués, persistent plusieurs semaines. Il n'est même pas rare qu'ils se prolongent, avec des exacerbations et des rémissions alternantes, deux, trois ou quatre mois. — Ils peuvent être plus opiniâtres encore; ainsi, je les ai vus durer au moins sept mois chez l'une de nos malades, et cela avec une intensité extraordinaire. — Enfin, ils sont parfois sujets à *récidives*. Tel est, comme exemple, le cas d'une autre malade dont voici la curieuse histoire.

Cette femme entra ici en juin, une première fois, pour des chancres syphilitiques vulvaires. — Vers la fin de juin, l'explosion des accidents généraux s'annonça d'abord par des maux de tête violents, des douleurs multiples dans les membres, des accès fébriles intermittents, des phénomènes analgésiques, puis par une syphilide de forme papuleuse. A ce moment et pour un laps de trois à quatre semaines, cette femme « *dévora* », sans exagération, ne mangeant pas moins de *dix rations d'hôpital*, non compris les suppléments qu'elle pouvait se procurer. Au sortir de table, après avoir copieusement déjeuné ou dîné, elle se remettait à manger avec une voracité surprenante. — Tous ces phénomènes s'apaisèrent bientôt sous l'influence du traitement spécifique, et la malade quitta l'hôpital en bon état.

Mais voici qu'en novembre se produisit une poussée nouvelle de syphilis, s'accusant par des syphilides buccales, par des syphilides vulvaires, par des accès fébriles, des douleurs multiples dans la tête, le thorax, les membres, etc. Tout aussitôt la faim s'exagéra derechef; tout aussitôt la boulimie reparut de plus belle, pour durer ce que durèrent les accidents de cette seconde poussée et se dissiper avec eux.

Soit dit au passage, cette double apparition de la boulimie coïncidemment avec des poussées successives de syphilis n'est-elle pas bien faite pour

nous édifier sur la pathogénie du phénomène et nous montrer l'origine dont il dérive ?

Pronostic. — La boulimie syphilitique n'est pas une manifestation grave, parce que le plus habituellement elle se dissipe avant d'avoir eu le temps de devenir grave. Ce n'est pas, cependant, une manifestation indifférente, car elle entraîne souvent à sa suite des désordres gastriques et intestinaux qui sont de nature à retentir sur la nutrition et sur la santé générale. D'autre part, elle ne se produit guère que dans les syphilis de forme nerveuse, lesquelles comportent toujours une série d'accidents plus ou moins sérieux et, sinon graves, du moins pénibles et rebelles pour la plupart. Des manifestations de cet ordre c'est même une des plus importantes, en raison du système qu'elle affecte et des fonctions qu'elle compromet.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, je ne crois pas que les troubles de l'appétit dont nous venons de parler donnent lieu à des indications spéciales. Symptôme d'une diathèse, la boulimie syphilitique réclame le traitement de cette diathèse, et c'est tout. Seulement, expression habituelle de syphilis à déterminations nerveuses multiples et généralement assez rebelles, elle me paraît légitimer l'intervention d'un traitement *plus énergique* que celui dont on a coutume de faire usage dans la plupart des cas. Il en est d'elle, à cet égard, comme d'un certain nombre de symptômes nerveux secondaires qui sont bien plus difficilement influencés par la médication spécifique que les autres accidents de la diathèse, notamment que les éruptions cutanées ou muqueuses. C'est là un fait qui ressort de l'expérience et dont il importe, en pratique, d'être prévenu. Si l'on n'oppose aux manifestations de ce genre que le traitement usuel, aux doses courantes, on n'obtient aucun résultat. Mais si, dépassant les doses habituelles, on proportionne l'action du remède à la résistance connue de cet ordre d'accidents, on ne tarde guère, en général, à constater les heureux effets de la médication.

Y a-t-il indication, en l'espèce, à associer au traitement spécifique quelques-uns des nombreux agents qui composent la thérapeutique banale des névroses? Je ne le crois guère. Très fréquemment, dans le but de combattre plus efficacement ces troubles de l'appétit, j'ai tenté de combiner à l'emploi des mercuriaux et des iodiques soit l'administration de l'opium, du bromure et d'autres antispasmodiques, soit encore l'hydrothérapie, les douches sulfureuses, les bains sulfureux, etc. Mais telle est, même indépendamment de l'intervention de l'art, la variabilité des phénomènes que nous venons d'étudier, telle est surtout l'inconstance de leur marche et de leur durée, que je n'oserais encore rien affirmer de positif sur la valeur réelle de cette médication mixte et en particulier des derniers agents que je viens de citer. Je ne ferai de réserve que pour l'hydrothérapie

qui, en pareil cas, m'a toujours paru seconder d'une façon efficace les effets du traitement spécifique.

Quant aux accidents qui compliquent parfois la boulimie secondaire et qui sont produits par elle (troubles gastriques ou intestinaux), je crois véritablement illusoire de s'attacher à les combattre par un traitement spécial. Il est impossible de s'en rendre maître tant que persiste la cause qui leur a donné naissance et qui les entretient. Tout ce qu'on peut faire contre eux, c'est d'en modérer l'intensité en leur opposant une médication purement palliative (1).

SYPHILIS SECONDAIRE DU FOIE.

La syphilis n'affecte que très rarement le foie à la période secondaire.

Elle l'affecte, pour l'énorme majorité des cas, d'une façon absolument bénigne, connue sous le nom d'*ictère secondaire*; — et, très exceptionnellement, sous une forme grave, voire mortelle.

I. — **Ictère secondaire.** — Signalé par Ricord et bien étudié par Gubler, l'ictère syphilitique secondaire a eu la bonne fortune d'être accepté sans grande opposition. C'est cependant un phénomène peu commun et auquel ne se rattache aucune particularité distinctive. Deux considérations seulement, en effet, témoignent du caractère spécifique de cet ictère : d'une part, sa connexion chronologique avec la période secondaire, et, d'autre part, l'absence de causes autres que la vérole auxquelles il puisse être rapporté.

L'ictère secondaire s'observe dans les deux sexes. Peut-être est-il un peu plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Il se produit généralement à une époque peu avancée de la période secondaire, dans les deux, trois, cinq premiers mois, parfois même dès la première invasion des phénomènes généraux. En quelques cas, cependant, il est plus tardif. — Le plus habituellement il s'observe en coïncidence avec des poussées éruptives sur la peau ou les muqueuses; cela néanmoins n'a rien d'absolu.

Au point de vue clinique, il n'offre aucun caractère spécial. C'est un ictère analogue, identique même à l'ictère le moins spécifique, à la jaunisse la plus vulgaire. Il ne comporte en effet d'autres phénomènes que les suivants :

Coloration jaune de la peau, plus ou moins intense, moyenne en

(1) J'ai longuement insisté autrefois, alors qu'il en était besoin, sur les raisons diverses qui démontrent la relation de ces singuliers troubles de l'appétit avec la syphilis. Ces raisons, il serait superflu, je pense, de les reproduire aujourd'hui, alors que l'origine spécifique du symptôme en question n'est plus discutée. En tout cas, le lecteur, s'il en était curieux, les retrouverait dans le mémoire spécial que j'ai consacré à ce sujet (*Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique*, in *Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*. Paris, 1871).

général, quelquefois assez légère et même plutôt jaunâtre que jaune, de couleur paille ; — coloration ictérique des urines, lesquelles présentent les caractères physiques et chimiques des urines bilieuses ; — selles variables, rares le plus souvent, quelquefois décolorées ; — apyrexie habituelle ; en certains cas, toutefois, léger mouvement fébrile, surtout au début ; — état de malaise plus ou moins accentué, lassitude, courbature, céphalalgie ; — troubles gastriques : appétit diminué, langue un peu jaunâtre ; bouche amère ; nausées et parfois même vomituritions ; — foie normal et indolent dans la plupart des cas, quelquefois cependant légèrement augmenté de volume et sensible à la pression.

Du reste, variétés nombreuses dans l'intensité de ces divers symptômes. Ainsi, j'ai vu l'ictère secondaire s'atténuer comme phénomènes au point de ne plus consister qu'en une coloration jaunâtre de la peau et des urines *sans autres accidents morbides*, sans troubles réels de la santé générale. — Ailleurs, au contraire, mais cela est tout à fait exceptionnel, il s'accompagne d'un état fébrile plus ou moins intense, de désordres gastriques très accentués, d'une prostration véritable des forces, voire de phénomènes presque adynamiques.

Comme évolution et comme durée, cet ictère — quoi qu'on en ait dit — n'offre rien de spécial. Le plus habituellement il se dissipe en douze à quinze jours. Sur quelques malades, il persiste trois ou quatre septénaires. Ce n'est qu'en de rares exceptions qu'il excède ce dernier terme.

Au total, c'est un accident sans gravité. Toujours il se termine heureusement. Les troubles digestifs s'apaisent les premiers ; la coloration ictérique survit quelque temps, puis s'efface, et tout est dit.

Pathogénie. — Quelle est la raison de cet ictère ? Les interprétations sont toujours ce qui manque le moins. Pour les uns, cet ictère serait l'effet d'une « intoxication retentissant sur le foie » ou « des toxines encore inconnues de la syphilis ». Pour d'autres, il serait le résultat d'une congestion hépatique, laquelle reconnaîtrait elle-même pour point de départ de prétendues « poussées éruptives se produisant sur l'estomac et le duodénum, coïncidemment aux éruptions cutanées ». (On a même parlé d'une roséole des conduits biliaires !) Pour d'autres encore cet ictère dériverait d'une cause toute physique, à savoir la compression des conduits biliaires par des ganglions spécifiquement hypertrophiés. D'autres, enfin, l'ont attribué à un pur effet moral, « à la terreur que certaines gens ont de la vérole », etc. Inutile de discuter ces diverses opinions. Hypothèse pour hypothèse, je préfère croire, pour ma part, que le foie est influencé par la syphilis au même titre que tout autre organe de l'économie, et que l'action exercée sur lui par la diathèse se traduit par un trouble de la sécré-

tion biliaire. Aller plus avant n'est que s'égarer dans le champ de l'inconnu.

II. — **Formes graves de l'ictère secondaire.** — Exposons d'abord les faits cliniques avant de les interpréter et surtout de les dénommer.

Il arrive parfois ceci : qu'un sujet affecté de syphilis depuis quelques mois (deux à six mois en moyenne) vienne à être affecté d'un *ictère*, lequel, en l'absence de toute cause appréciable, ne peut rationnellement être imputé qu'à l'infection actuelle ; — que cet ictère offre d'abord la forme bénigne de l'ictère syphilitique secondaire que je viens de décrire, ou bien se présente d'emblée avec quelques phénomènes plus intenses, mais dépourvus de réelle gravité ; — puis qu'assez brusquement la scène change par invasion de symptômes décidément sérieux, voire menaçants, voire des plus menaçants, tels que prostration des forces, véritable *adynamie*, *hémorrhagies* diverses (épistaxis, taches purpuriques, mélæna, etc.), *troubles nerveux d'excitation* (agitation, subdelirium, insomnie, mouvements convulsifs, etc.), et bientôt après *troubles nerveux de dépression* (torpeur, somnolence, stupeur, état subcomateux) ; — et, finalement, qu'à bref délai cet ensemble ataxo-adynamique, rappelant celui des fièvres graves, se termine par un *coma mortel* ; — tout cela à la grande stupéfaction du médecin, s'il n'a pas notion de la possibilité d'un tel complexus comme conséquence de l'infection syphilitique secondaire.

J'appuierai d'un exemple le schéma qui précède.

X..., âgé de dix-neuf ans, serrurier, bien constitué, bien portant, sans tares héréditaires. — Syphilis contractée en juillet 1895. — Chancre induré de la verge, n'ayant duré qu'une quinzaine. — Ultérieurement, roséole légère et quelques plaques muqueuses buccales. — Traitement par pilules de protoiodure pendant trois mois et demi.

Vers le 20 octobre de la même année, apparition d'un *ictère*, sans fièvre, sans malaise général. — Le malade se présente à l'une des consultations de l'hôpital Saint-Louis, où on lui recommande de suspendre son traitement spécifique. — Purgatif.

L'ictère persistant, le malade revient à notre consultation et est admis dans nos salles le 2 novembre. — On constate alors ceci : Coloration ictérique bien accentuée des téguments. — Apyrexie. — Appétit diminué. — Constipation. — Selles décolorées. — Urines de couleur acajou. — Foie un peu augmenté de volume et débordant les fausses côtes d'un centimètre. — Du reste, aucun trouble des grandes fonctions, et, en somme, état d'un malade affecté d'une jaunisse légère. — Traitement : repos ; tisanes ; régime lacté ; solution alcaline. — Purgatifs légers ; lavements, etc.

Les jours suivants, même état. L'ictère diminue quelque peu. — Apyrexie. — Aucun autre symptôme. — En un mot, rien qui soit de nature à donner quelque alarme.

Le 11 novembre, l'ictère a subi depuis hier une incontestable recrudes-

cence. — Malade un peu abattu, sans appétit. — Pouls lent. — Température du soir à 36°,4.

Le 12, le malade présente un très léger embarras de la parole (presque douteux) et se dit oppressé. — Pouls lent, mais régulier. — Langue saburrale. — Urines peu abondantes, très faiblement albumineuses. — Foie débordant toujours quelque peu les côtes, indolent. — L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien que de normal. — Température toujours à 36°,4.

En raison de cette recrudescence de l'ictère, on prescrit une injection hypodermique de calomel à 5 centigrammes. — Iodure de potassium, 2 grammes.

Journée calme. — Dans la nuit, le malade se lève sans cause, comme égaré. — Il laisse échapper ses urines à ce moment.

Le 13, au matin, température à 37°,1. — Le malade est notablement abattu. Il accuse une grande faiblesse et se plaint surtout d'oppression. — L'embarras de la parole, qui était presque douteux hier, s'est accentué. Il est incontestable aujourd'hui. — Ictère persistant. — Langue saburrale. — Tous résultats d'auscultation et de percussion absolument négatifs. — On prescrit un vomitif.

Dans la journée, état de faiblesse tel qu'on n'a pas osé administrer le vomitif. — Vers midi, syncope, qui nécessite des injections de caféine et d'éther. — Peu après, mictions involontaires. — Puis, léger délire. — Le soir, température à 36°,6. — Lavement purgatif; iodure; caféine; glace sur la tête, sinapismes, etc.

Dans la nuit, agitation, cris. — Alternance de stades d'excitation et de stades de subcoma. — A dater de trois heures du matin, le malade ne parle plus et semble ne reconnaître personne.

Le 14, température du matin à 37°,1. — État comateux, d'où le malade néanmoins peut sortir de temps à autre, sous l'influence d'une excitation provoquée. — Ictère persistant. — Langue très sale; bouche remplie de mucosités. — De temps à autre, quelques paroles presque inintelligibles. — Cris. — Résultats toujours négatifs de l'auscultation.

Dans la journée, nystagmus. — Vomissements sanguinolents. — Urines devenues très rares. — Hémiplégie presque complète du côté droit. — Température du soir à 37°,8.

Mort dans le coma, vers trois heures du matin.

Autopsie (pratiquée par le Dr Gastou, chef de clinique). — Congestion généralisée de tous les viscères. — Mais pas de lésions vraies ailleurs que dans le foie. — Notamment, aucune lésion cérébrale.

Foie de volume normal, de coloration violacée. — Sa surface présente des taches et des traînées grisâtres circonscrivant des îlots violacés. — A la coupe, flaccidité de l'organe; la section donne l'apparence d'une rate parsemée d'infarctus anciens.

Examen histologique. — Les lobules sont nettement circonscrits par un anneau de néocanalicules d'où part une infiltration très abondante de leucocytes. — Les artères hépatiques ont leurs parois épaissies, et se présentent entourées d'un manchon de cellules leucocytaires. — Les veinules portes sont englobées dans les néocanalicules et dans l'infiltration.

Tous les vaisseaux du lobule sont distendus par des globules rouges. — Il existe une véritable inondation sanguine intra-lobulaire.

Les altérations portent surtout sur le centre du lobule, dont la veine centrale (veine sus-hépatique) est plus ou moins déformée ou oblitérée et à peine reconnaissable.

A la périphérie du lobule existent encore quelques traînées cellulaires indemnes.

La partie moyenne et le centre du lobule sont formés d'un réticulum dans les mailles duquel se rencontre une *nécrose cellulaire totale*.

En résumé, les lésions constituent un type d'*hépatite diffuse avec prédominance des lésions sur les canalicules biliaires.*

Des faits de ce genre ne sont plus actuellement ni contestables ni contestés. La littérature médicale en contient déjà plus de 25 environ et des plus authentiques (1).

L'analyse de ces faits permet de constituer de la façon suivante la symptomatologie de l'affection.

Symptômes. — Début variable, mais très généralement insidieux par sa bénignité. Ictère, et rien de plus. — Quelquefois cependant, avec l'ictère, malaise général, inappétence, troubles digestifs, courbature, etc.; fièvre assez rare.

Au delà, ictère persistant, mais tantôt restant léger ou moyen et tantôt prenant un ton d'un jaune vif. — Inappétence absolue, avec vomituritions. — État généralement pyrétique, mais très variable, le plus souvent peu accentué, d'autres fois s'élevant à 39°, même à 40°. En certains cas, inversement, hypothermie (36°). — De même, pouls tantôt accéléré (ne dépassant guère 100, toutefois) et tantôt ralenti.

Jusqu'ici rien de bien significatif. Mais voici tout un ensemble d'autres symptômes qui donnent à la maladie une note spéciale.

I. Presque dès le début et pour toute la durée de l'affection, *état adynamique* : abattement, d'abord léger; puis, prostration des forces, collapsus, et véritable adynamie rappelant celle de la grippe ou de la fièvre typhoïde.

II. *Hémorrhagies* diverses : Épistaxis (c'est la plus fréquente); hémorrhagies gingivales; vomituritions sanglantes; mélæna; taches purpuriques à la peau; plus rarement, hémoptysies, hématuries, métrorrhagies, etc.

III. *Troubles nerveux.* — Constitués par un mélange de troubles d'excitation et de dépression, les premiers ouvrant la scène, les seconds venant à la suite, mais souvent combinés, entremêlés et alternant sans rien de fixe. A savoir :

Agitation; — insomnie; — douleurs dans les membres; — soubresauts de tendons; — subdelirium intermittent; — mouvements convulsifs, etc.; — somnolence, torpeur, hébétude, stupeur presque

(1) Je renvoie le lecteur, pour la bibliographie du sujet, à un mémoire de M. le Dr Gastou (*Ictère grave syphilitique secondaire*) destiné à une publication très prochaine. — J'ai fait de nombreux emprunts à ce très intéressant mémoire pour la rédaction du chapitre actuel.

typhique ; tendance au coma, mais avec possibilité de retour à la connaissance alors qu'on excite le malade, qu'on le pince, qu'on lui parle impérativement ; — puis, coma s'accentuant de plus en plus.

IV. Enfin, et comme symptômes méritant une mention spéciale en raison de son caractère pour ainsi dire constant, *dyspnée* ; et dyspnée sans cause organique appréciable, dyspnée « relevant en toute vraisemblance d'une oxydation imparfaite ou d'une intoxication du sang ».

V. D'ailleurs, peu d'indications diagnostiques à tirer d'autres symptômes ou d'autres signes contingents et variables, tels que les suivants :

Foie tantôt normal, tantôt un peu hypertrophié, et tantôt quelque peu diminué de volume ; — le plus souvent indolore, quelquefois sensible, voire douloureux au palper.

Urines généralement diminuées, bilieuses, contenant parfois un peu d'albumine.

Constipation ou selles liquides ; — selles colorées ou décolorées, voire grisâtres, sans qu'on puisse encore se rendre compte du pourquoi de ces différences.

VI. Finalement, comme symptômes ultimes : collapsus absolu ; — relâchement des sphincters ; — troubles pupillaires ; — parésie hémiplégique (comme dans le cas précité) ; — et surtout, phénomène constant et prédominant, *coma* terminal.

Ensemble complexe, on le voit, mais ensemble dont se détachent trois grands symptômes qui impriment à la scène une physionomie très particulière, à savoir :

Ictère ;

Hémorrhagies ;

Symptômes ataxo-adynamiques.

Or, cette triade de symptômes, inutile de l'ajouter, c'est précisément celle qui constitue le complexus infectieux actuellement décrit, sous le nom d'**ictère grave**.

Terminaisons ; durée. — La terminaison a été invariablement mortelle dans tous les cas où le diagnostic d'ictère grave a pu être porté d'une façon à peu près certaine. Elle n'a été favorable que pour un très petit nombre de cas, et ceux-ci relevant, suivant toute vraisemblance, d'affections hépatiques d'un autre ordre.

Quant à l'évolution morbide, elle se divise en deux phases : une première où l'ictère constitue à peu près le seul phénomène morbide, et une seconde (phase *maligne*) où entrent en scène les symptômes hémorrhagiques et nerveux. — A dater de cette dernière, la marche de la maladie, quelque peu traînante jusqu'alors, s'accélère, se précipite, au point qu'on voit le danger s'accroître pour ainsi dire d'heure en heure. Cette phase ultime évolue donc généralement en quelques jours.

Il serait encore impossible, vu le nombre restreint d'observations

dont on dispose, d'assigner une durée moyenne à la maladie. Le plus souvent cette durée a oscillé entre deux à trois septénaires. Mais il est des cas où la terminaison a été beaucoup plus rapide, presque foudroyante, comme il en est d'autres où la mort ne s'est produite qu'après deux à trois mois.

Anatomie pathologique. — Deux ordres de cas sont révélés par l'autopsie.

I. — Dans l'un, le plus commun, les lésions sont nettement celles qui caractérisent l'ictère grave habituel, à savoir :

D'une part, *atrophie* du foie. L'organe se présente plus ou moins réduit de volume, ne pesant plus, par exemple, que 980 gr., 640 gr. (au lieu de 1450, poids normal). Non seulement il est petit, mais, de plus, il se présente ramolli, flasque, ridé de surface, avec une capsule plissée et un semis de marbrures rouges ou jaunes.

D'autre part, *nécrose cellulaire*, c'est-à-dire disparition plus ou moins complète, parfois intégrale, de l'élément noble du foie, à savoir de l'élément cellulaire. Les cellules constitutives de l'organe sont ou gravement altérées, dégénérées à l'état de « tuméfaction trouble », comme on dit en langage technique, ou bien même anéanties et remplacées par une gangue amorphe infectée d'éléments embryonnaires, de granulations graisseuses et de résidus de déchéance. — Cette destruction peut être générale, à ce point qu'en certains cas (celui de Charcot ou celui de Déjerine et Ory, par exemple) « on n'a pu trouver *une seule cellule normale* ».

II. — Dans un autre ordre de cas, les lésions rencontrées à l'autopsie ont été différentes, tout en coïncidant ou non avec des nécroses cellulaires partielles, disséminées.

On les trouve qualifiées dans les relations de nécropsie sous les noms de « cirrhose aiguë, hépatite aiguë interstitielle et parenchymateuse, cirrhose hypertrophique diffuse, etc. ».

Est-ce ce dernier ordre de lésions qui s'est montré plus accessible à l'action thérapeutique, au point de guérir quelquefois? Rationnellement, c'est à croire.

Conclusions. — De ce qui précède plusieurs conclusions dérivent tout naturellement. Ainsi :

I. — *Il n'est pas douteux que la syphilis secondaire puisse réaliser le complexus morbide qui a sa caractéristique dans la déchéance et la destruction rapide de l'élément cellulaire du foie, complexus actuellement désigné sous le nom d'ictère grave.*

Et, en effet, nous venons de voir qu'on rencontre parfois au cours de la syphilis secondaire un type pathologique qui correspond triplement au type dit ictère grave, à savoir :

1° De par ses symptômes et notamment de par sa triade caractéristique (ictère, hémorrhagies, troubles nerveux ataxo-adynamiques);

2° De par ses lésions (atrophie jaune aiguë et nécrose cellulaire);

3° De par sa résistance usuelle à toute thérapeutique.

II. — *Mais tous les syndromes hépatiques graves qui se produisent au cours de la syphilis secondaire et qui semblent dériver de l'influence exclusive de la syphilis ne sont pas invariablement imputables au type dit ictère grave, bien que présentant parfois un haut degré de gravité.*

Il en est, en effet, qui diffèrent de l'ictère grave et par leurs symptômes (absence d'hémorrhagies, prostration moindre, bénignité relative de l'ensemble morbide, évolution plus lente, etc.); — et par leurs lésions de caractère prolifératif; — et par le fait qu'elles se montrent moins fatalement réfractaires à l'action du traitement spécifique.

Mais quelles sont au juste ces dernières lésions? Il serait impossible d'en spécifier la qualité anatomique et histologique quant à présent, faute d'un nombre suffisant d'observations. La question actuelle ne fait que se poser depuis peu, et sa solution n'est pas de celles qui se puissent improviser.

A l'ictère grave secondaire se rattachent encore divers autres problèmes pathogéniques et nosologiques. Ainsi :

I. — Comment considérer cet ictère grave de nos malades? Est-ce là un ictère grave syphilitique, dont la gravité relève — et relève exclusivement — de la syphilis? — Ou bien, comme on l'a prétendu, est-ce un ictère d'origine vulgaire, non spécifique, *aggravé* par la syphilis, c'est-à-dire rendu grave par une réaction préalable de la syphilis sur les cellules hépatiques? — Ou bien, inversement, serait-ce un ictère originairement syphilitique *aggravé* par une infection microbique ultérieure (puisqu'on sait que cet ictère peut dériver de divers microbes, streptocoque, staphylocoque, colibacille, proteus vulgaire, etc.)?

Inutile de dire que de si délicates et si difficiles questions sont encore absolument insolubles dans l'état actuel de nos connaissances.

II. — Dernier point : **L'ictère grave secondaire doit-il être considéré comme une affection parasyphilitique?**

Qu'il soit syphilitique d'*origine*, cela n'est ni contestable ni contesté. Mais force est bien de reconnaître que rien ne démontre sa spécificité syphilitique comme *nature*. Il n'a rien de spécifique, en effet, ni comme symptômes, ni comme lésions; et, d'autre part, il a paru jusqu'ici décidément réfractaire à l'action du traitement antisyphilitique.

De là faut-il conclure qu'il constitue une affection parasyphilitique? Certes, il répond par excellence au programme de l'affection parasyphilitique en ce double sens : 1° qu'il consiste en un syndrome clinique et anatomique que la syphilis n'est pas seule à produire; — et 2° qu'il n'éprouve aucune action curative du traitement spécifique.

On a donc de valables raisons pour en faire une manifestation de parasyphilis, et je serais bien tenté, quant à moi, de conclure en ce sens.

Cependant, ici encore la prudence et le bon sens doivent intervenir pour nous représenter ce qu'aurait de prématuré une telle conclusion. La question est jeune encore, et rien ne dit que l'avenir ne nous réserve à son sujet des révélations inattendues. Sachons donc attendre, car, en matière aussi délicate, « patience et longueur de temps » sont éléments indispensables de saines appréciations.

RATE. — Splénomégalie secondaire.

La rate peut être influencée par la syphilis secondaire. Et ce fait n'est pas pour nous surprendre ; car, d'une part, on sait que les états infectieux retentissent usuellement sur la rate, et, d'autre part, on connaît les connexions pathogéniques qui réunissent ce viscère au système lymphatique, lequel, ainsi que nous l'avons vu, est si fréquemment et si fortement intéressé par la syphilis au cours des jeunes étapes de la maladie.

Cette action de la syphilis secondaire sur la rate se traduit cliniquement par une *hypertrophie* de cet organe, c'est-à-dire par une exagération de volume, par ce qu'on appelle une *splénomégalie*. Mais qu'est-ce que cette splénomégalie, et en quoi consiste-t-elle anatomiquement, histologiquement? Cela, nous l'ignorons encore, en l'absence de toute nécropsie qui ait pu nous renseigner sur ce point. Ce que nous savons uniquement, c'est que la rate peut subir, du fait de la syphilis, et du fait exclusif de la syphilis (toutes autres causes se trouvant exclues), un excès de développement plus ou moins notable, voire très accentué pour quelques cas.

Signalée pour la première fois par Weill (1894), puis étudiée depuis lors par divers observateurs, notamment par Wewer, Schuchter, Bianchi, Quinquaud et Nicolle, Soukernik, etc., cette splénomégalie peut s'observer à diverses étapes de l'infection syphilitique. Mais il est acquis par expérience qu'elle est bien plus commune dans les étapes jeunes de la diathèse qu'à une époque plus reculée. Elle constitue surtout une manifestation secondaire, et même une manifestation remarquablement *précoce* de la période secondaire. C'est, en effet, dans les premiers mois de la maladie qu'on l'a le plus souvent notée et, plus spécialement encore, coïncidemment avec les premières poussées éruptives. On dit même l'avoir vue préluder à ce qu'on appelle l'explosion secondaire, c'est-à-dire apparaître en pleine période primitive, quelques semaines après le chancre, au point de « constituer cliniquement le véritable symptôme initial de la période secondaire » (Quinquaud et Nicolle) (1).

(1) Quinquaud et Nicolle, *Étude clinique sur les hypertrophies de la rate dans la syphilis acquise* (*Annales de derm. et de syph.*, 1892).

Cliniquement, c'est là par excellence un symptôme *latent*, qui n'est pas appréciable pour le malade et qui reste ignoré de lui. Ce symptôme ne devient même évident pour le médecin que si le médecin prend soin de le rechercher. Il se traduit alors, à la percussion, par une exagération de la matité propre de la rate, et quelquefois aussi (mais dans les cas intenses seulement) au palper, par la perception du bord inférieur de l'organe au-dessous des côtes.

Cette splénomégalie secondaire est variable comme degré. Elle est évaluée, comme moyenne la plus usuelle, à « quatre travers de doigt » par Quinquaud et Nicolle; proportion « qu'elle dépasserait souvent pour s'élever à cinq travers de doigt, d'après les mêmes observateurs, mais au-dessous de laquelle elle resterait rarement ». — L'examen attentif de 37 cas de même ordre a fourni à Soukernik (1) les chiffres suivants :

Matité verticale de la rate mesurant :

En 8 cas	7 centimètres.
— 2 —	de 7 à 8 cent.
— 9 —	8 centimètres.
— 4 —	9 —
— 7 —	10 —
— 5 —	11 —
— 2 —	12 —
Total : 37 cas.	

Aucun trouble appréciable, je le répète, ne se rattache à cette exagération de volume, alors même qu'elle atteint son maximum. Tout au plus, en quelques cas (6 sur 37, d'après Soukernik), semble-t-elle avoir déterminé un certain degré de *splénodynie*, sous forme d'une sensation de gêne, de pesanteur vague, au niveau de la région splénique.

Est-ce là un symptôme qui se relie plus particulièrement à tel ou tel ordre de syphilis? On l'ignore. Théoriquement, on a dit que cette splénomégalie devait se rattacher surtout aux syphilis de forme anémique et cachexiante. Mais cela s'accorde peu avec cette autre opinion d'après laquelle elle serait un symptôme « constant » de syphilis secondaire, donc un symptôme commun à tous les cas. — Pour Quinquaud et Nicolle, elle n'aurait aucune relation avec la qualité du chancre et des accidents consécutifs; elle « évoluerait pour elle-même », en constituant une sorte de manifestation indépendante, autonome, simplement parallèle aux autres symptômes spécifiques, dont elle devancerait d'ailleurs l'apparition.

On n'est guère mieux renseigné sur sa durée, non plus que sur l'intensité d'influence thérapeutique qu'exerce sur elle le mercure ou l'iodure. On l'a dite passagère; — destinée à disparaître « en

(1) Soukernik, *La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1895.

quelques semaines, en quelques mois, en une année »; — et généralement accessible au traitement spécifique, etc. Mais on ne dispose encore, sur ces divers points, que de données vagues, parfois contradictoires, et, tout cela, en somme, reste sujet à revision.

Finalement, chose plus singulière, il n'est pas jusqu'à la fréquence même de ce symptôme qui ne soit thème à dissentiments. Pour certains observateurs, la splénomégalie ne serait qu'une manifestation éventuelle et peu fréquente de syphilis secondaire (ne se rencontrant guère que sur 10 ou 11 malades pour 100, d'après 707 cas empruntés à diverses statistiques); — pour d'autres, au contraire, elle serait « assez commune »; — et pour d'autres, enfin, tels que Quinquaud, Nicolle et Colombini, elle serait « constante ». Est-ce assez dire que de semblables dissentiments laissent la question absolument irrésolue et impliquent la nécessité d'une nouvelle enquête?

Somme toute, la splénomégalie représente, comme l'adénopathie, comme l'adultération du sang, un *stigmate d'infection*, et c'est à ce titre qu'elle constitue un phénomène digne d'intérêt. Jusqu'à nos jours, il faut bien en convenir, elle a été négligée en tant que symptôme, laissée dans l'ombre, voire considérée « comme n'occupant qu'une place insignifiante dans le tableau général de la maladie ». Mais quelle importance ne prendrait-elle pas s'il venait à être dûment démontré, comme le pensent certains de nos confrères, que cette hypertrophie splénique constitue une manifestation habituelle de syphilis, qu'elle en constitue une manifestation exordiale, voire qu'elle peut presque servir de thermomètre pour juger de l'intensité et de la permanence de l'infection, etc.?

REIN. — NÉPHRITE SECONDAIRE.

La néphrite constitue une manifestation tout à fait rare de syphilis secondaire; mais, si rare soit-elle, elle n'en mérite pas moins une attention toute particulière en raison des graves, des très graves dangers qu'elle comporte.

On l'a méconnue, voire récusée, en la taxant de « néphrite vulgaire, greffée par aventure sur un sujet syphilitique ». Mais son authenticité d'origine et de nature ressort très positivement de deux considérations que voici. C'est, d'abord, que, pour un certain nombre de cas qui ont été étudiés aussi minutieusement que possible au point de vue étiologique, la syphilis est restée, par absence de toute autre cause, la cause *unique* à laquelle cette néphrite pouvait être rationnellement imputée. C'est, en second lieu, que maintes fois le traitement spécifique a exercé sur cette néphrite une influence curative vraiment impossible à méconnaître.

Non moins injustement on l'a rapportée à l'action toxique du mer-

cure pour en faire une néphrite mercurielle. Deux raisons péremptoires témoignent encore contre cette interprétation. C'est, d'une part, la précocité commune de cette néphrite qui entre en scène le plus souvent alors que le malade n'a encore fait qu'un court usage du mercure. C'est, d'autre part, qu'on l'a vue se produire avant même toute intervention de ce remède.

Qu'elle ait pu quelquefois trouver des incitations adjuvantes dans les causes usuelles des néphrites, telles que alcoolisme, refroidissement, etc., cela n'est que très naturel. Mais, bien manifestement, ce ne sont là pour elle que des provocations d'ordre secondaire.

Est-ce pour des raisons de ce genre qu'elle affecte le sexe masculin bien plus fréquemment que le sexe opposé? Rationnellement, on peut le croire.

Enfin, on l'a rencontrée à tout âge, mais beaucoup plus communément de vingt à trente ans. — A noter qu'on l'a vue sévir plusieurs fois, et sans raisons appréciables, sur de tout jeunes sujets (dix-sept à dix-neuf ans).

Échéance d'invasion. — Ce que cette détermination présente à coup sûr de plus curieux, c'est la singulière, l'extraordinaire **précocité** possible de son développement.

Ainsi, d'une part, j'ai pu réunir, en dépit de la rareté de l'affection, plus d'une trentaine de cas bien authentiques (soit empruntés à diverses sources, soit personnels) de néphrite secondaire s'étant produite *dans la première année* de l'infection.

Et, d'autre part, ce qui est plus étonnant encore, c'est que, sur ces trente cas, il en est plus du tiers où la néphrite a fait invasion *dans les deux ou trois premiers mois*, comme cela ressort des chiffres suivants :

Invasion de néphrite secondaire s'étant manifestée :

Dans le second mois de l'infection	11 cas.
— troisième —	2 —
— quatrième —	3 —
— cinquième —	3 —
— sixième —	1 —
— huitième —	2 —
— neuvième —	2 —
— dixième —	1 —
Au cours de la première année, sans désignation plus précise	1 —
Total :	26 cas.

Ainsi donc, très positivement, **des symptômes rénaux d'ordre spécifique peuvent entrer en scène au seuil même de la période secondaire**! Cela, je le répète encore, est non seulement étonnant, mais extraordinaire.

J'insiste. Cette précocité possible des affections rénales syphilitiques

mérite d'autant plus d'être signalée qu'on y croit peu dans le public médical, je dirai même qu'*on n'y croit pas*. Plusieurs fois il m'est arrivé, dans ma pratique de ville, d'avoir à lutter contre des confrères qui, en présence de cas de cet ordre, récusaient absolument, formellement, le diagnostic de néphrite spécifique et conséquemment l'institution d'un traitement dirigé en ce sens. « Allons donc! me disaient-ils, une néphrite syphilitique deux ou trois mois après un chancre! Mais cela est contraire à l'évolution usuelle et classique de la syphilis, cela est contraire à tout ce qu'on nous a enseigné; *cela est impossible*! » Et cependant force m'est d'ajouter qu'en dépit de cette « impossibilité » théorique les heureux résultats du traitement iodo-mercuriel ont démontré non pas une fois, mais plusieurs, la spécificité de nature de ces néphrites si extraordinairement précoces.

Symptômes. — Comme qualité de symptômes constitutifs, cette néphrite secondaire ne présente rien de spécial. Elle offre le tableau des néphrites de toute provenance et de toute nature. Je ne ferai donc qu'en esquisser ici la scène, me réservant en revanche d'insister sur quelques particularités qui lui sont propres.

Début insidieux. — Comme premier symptôme remarqué, œdème circonscrit à une ou quelques régions : paupières, verge, scrotum, malléoles, voire luette, dans un cas.

Alarme à ce propos, et, tout aussitôt, examen de l'urine, qu'on trouve trouble, rosée ou rougeâtre, et chargée d'albumine. — Généralement, oligurie.

Puis, rapidement, diffusion des œdèmes; — anasarque; — quelquefois hydropisies des séreuses (hydrothorax, ascite).

Comme état général, apyrexie ou fièvre légère. — Mais décoloration de la face, avec bouffissure. — Courbature, faiblesse, asthénie. — Inappétence; pesanteur épigastrique; nausées, vomituritions; malaise général.

Puis, à terme hâtif, invasion de phénomènes urémiques, sous telle ou telle de leurs trois formes classiques, inutiles à reproduire ici. — Le plus souvent, céphalée; — troubles de la vue ou de l'ouïe; — dyspnée; — vomissements, diarrhée; — symptômes cérébraux : somnolence, subdélire, affaissement, convulsions, coma.

Rien de spécial, à coup sûr, dans tout cela. Mais ce qui donne une note plus ou moins spéciale à la scène, c'est telle ou telle des trois particularités suivantes, d'ailleurs le plus souvent associées :

1° *Grande quantité d'albumine* dans l'urine, et cela *dès les premiers temps, presque d'emblée*. — Cette quantité, pour bon nombre de cas, a oscillé entre 8, 12, 19, 23 et 26 grammes par litre. « Albumine *à flot* dans l'urine », est-il dit dans plusieurs observations. — Dans un cas que j'ai observé avec mon cher collègue et ami le professeur Brouardel, la quantité d'albumine s'éleva jusqu'à 110 grammes

par jour, alors qu'il n'y en avait pas traces trois jours auparavant! (1).

2° *Rapidité singulière d'évolution.* — C'est le cas de dire qu'en l'espèce les événements se pressent et se précipitent, par diffusion et accroissement rapide des infiltrations séreuses, quasi-généralisation des hydropisies, troubles multiples des diverses fonctions, altération de la santé, changement de la physionomie, affaiblissement, affaissement, etc. Parfois il ne s'écoule pas plus de quinze jours à trois semaines entre la constatation du premier œdème local et la constitution d'un ensemble morbide déjà plus ou moins alarmant.

3° *Échéance singulièrement précoce des accidents d'urémie.* — D'une façon non moins précipitée et non moins hâtive, les symptômes d'urémie s'ébauchent dans telle ou telle de leurs nombreuses formes, puis s'accentuent et se confirment. De sorte qu'à terme étonnamment précoce la vie peut se trouver compromise, si une énergique répression thérapeutique n'intervient pas. A ce point que, dans les cas où l'affection s'est terminée d'une façon fatale, la scène morbide a pu ne pas se prolonger au delà de quatre mois, trois mois, deux mois, voire cinqante-deux jours, comme dans un cas d'E. Wickham, se résumant en ceci :

Garçon de dix-sept ans, chétif, mais non alcoolique. — Syphilis contractée dans la première semaine de juillet. — Chancre induré. — En septembre, syphilide papulo-squameuse ; plaques muqueuses anales et alopécie. — Le 12 septembre, tuméfaction œdémateuse de la face. — Le 24, anasarque déjà très développée ; — urines rouges, sanguinolentes et chargées d'albumine. — Bientôt après, troubles gastriques, vomissements. — Assoupissement. — Anxiété respiratoire. — Ascite ; anasarque très accrue. — Phénomènes cérébraux graves, et mort le 4 novembre.

A savoir : *Mort au cent vingtième jour de la syphilis, et au cinquante-deuxième jour de l'affection rénale!*

En vérité, c'est à n'y pas croire.

Terminaisons. — Pronostic. — L'affection comporte trois modes de terminaison, à savoir : la guérison ; — la guérison avec persistance d'un certain degré d'albuminurie ; — et la mort.

I. — La guérison complète et permanente constitue le fait de beaucoup le plus habituel, du moins avec l'assistance du traitement.

Abandonnée à elle-même, la néphrite secondaire pourrait-elle guérir? On l'a dit, et je le crois, bien que n'ayant par devers moi aucun fait démonstratif de ce genre (cela pour la bonne raison que je n'ai jamais eu la coupable audace de laisser sans traitement une maladie de ce genre).

II. — La guérison avec persistance d'un certain degré d'albumi-

(1) Observ. consignée dans la thèse de M. le Dr Descoust, *De l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis.* Paris, 1878.

nurie (de quelques centigrammes à un demi-gramme ou plus) s'observe assez fréquemment.

Cette persistance, qu'on a vue se prolonger jusqu'à plusieurs années, est compatible avec un complet rétablissement de la santé. Contient-elle une menace pour l'avenir ? Nous ne sommes pas encore renseignés sur ce point.

III. — Mais, à coup sûr, le grand fait, le fait majeur, capital à enregistrer, c'est la **fréquence des terminaisons mortelles.**

Théoriquement on avait pu croire, on a cru et l'on a imprimé que la néphrite secondaire ne constitue qu'une affection bénigne, à la façon usuelle des manifestations secondaires. D'où cette déduction, qu'on peut l'abandonner à son évolution naturelle et « la laisser guérir toute seule ». Double erreur qui a coûté déjà la vie à de nombreux malades et qu'il importe de stigmatiser ici.

La vérité, au contraire, vérité certes inattendue, est que la néphrite secondaire comporte un très haut degré de gravité et *aboutit fréquemment à la mort*. Sur les trente cas que j'ai rassemblés (tous cas survenus au cours de la première année d'infection) je compte exactement dix morts. Cette proportion d'**un tiers de cas mortels** (et cela, je le répète encore, dans la première année de la syphilis) est, à coup sûr, énorme, colossale. Elle constitue un fait unique dans l'histoire de la syphilis.

On dira avec toute raison : « Mais, dans ces dix cas, le traitement a-t-il été institué comme il aurait dû l'être, c'est-à-dire d'une façon précoce, absolument rigoureuse et suffisamment énergique ? » J'accepte l'objection qui, en effet, me paraît valable pour un certain nombre de ces cas. Mais toujours est-il qu'en d'autres cas où la médication la plus intense et la plus complète a été opposée à cette néphrite secondaire par des médecins qui en connaissaient toute la gravité, la mort ne s'en est pas moins produite. Pour ma seule part, j'ai perdu de la sorte plusieurs malades, qu'à vrai dire on avait apportés à l'hôpital dans un état déjà grave ; et, pour avoir eu le bonheur d'en guérir un nombre à coup sûr bien plus considérable, je n'en ai pas moins été conduit par expérience personnelle à considérer la néphrite secondaire comme une affection *des plus graves*, des plus rebelles à la thérapeutique, et susceptible d'aboutir parfois à la mort en dépit du traitement le plus rationnel et le plus intensif. Il est même, je crois, des néphrites secondaires presque fatalement mortelles, quoi qu'on fasse.

Variétés. — A la vérité, il existe d'autres formes précisément inverses et remarquables par une absolue bénignité.

Ainsi, on voit parfois des malades présenter, au cours de la période secondaire, un certain degré d'albuminurie, tout en conservant un état général à peu près indemne.

On a même parlé de *formes latentes* de la maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions le plus usuellement constatées à l'autopsie réalisent la forme connue sous le nom de « *gros rein blanc* », consistant surtout en lésions parenchymateuses (glomérulite, avec artériolite).

Mais cette forme est-elle la seule qui puisse traduire l'infection spécifique à la période secondaire? On ne saurait le dire; car, d'une part, nous ne savons rien, nécessairement, des formes qui guérissent; et, d'autre part, nous ne disposons encore que d'un nombre trop limité de nécropsies pour restreindre à la seule néphrite parenchymateuse l'action possible de la syphilis. Déjà, d'ailleurs, on a cité en relation avec l'étape secondaire quelques cas de néphrite interstitielle subaiguë, de néphrite mixte, de néphrite partielle, comme aussi de néphrite à gommes miliaires disséminées. Relativement à cette dernière forme, par exemple, je signalerai une curieuse autopsie de Dœderlin, où l'on rencontra le tissu rénal (comme aussi le tissu hépatique) semé de « minuscules amas de cellules rondes, embryonnaires, disséminées dans les travées conjonctives ou le long des vaisseaux, et rappelant tout à fait l'aspect des *gommes miliaires* excessivement jeunes ».

Diagnostic. — La difficulté en l'espèce est non pas de reconnaître la néphrite (qui est patente de par l'albuminurie et les infiltrations séreuses), mais d'assigner à cette néphrite sa véritable origine, c'est-à-dire de la rattacher à la syphilis.

Pour éviter une erreur à ce dernier point de vue, la première et l'indispensable condition est de se bien pénétrer de cette grande et essentielle vérité, à savoir, que, contrairement à une opinion généralement accréditée, **la néphrite peut être une manifestation de syphilis secondaire, voire de syphilis secondaire toute jeune, ayant à peine dépassé ses premiers mois.**

De par cette notion (dont la méconnaissance, je le répète encore, a causé de nombreux désastres), le diagnostic devient aussitôt facile et formel, car il repose sur toute une série de signes qui sont les suivants :

1° *Antécédents de syphilis récente* ;

2° *Coïncidence très usuelle de divers accidents de forme secondaire*, tels que roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses, adénopathies, voire, en quelques cas, chancre lui-même ou vestiges de ce chancre sous forme d'induration encore appréciable ;

3° *Absence d'autres causes suffisantes à expliquer cette néphrite.*

En outre, il y aura quelques présomptions à tirer des trois particularités cliniques que je signalais précédemment comme plus spécialement propres à la néphrite secondaire, à savoir :

1° *Grande quantité d'albumine* dans les urines; « albumine à flot » en certains cas.

2° *Rapidité singulière de l'évolution morbide* : albuminurie attei-

gnant en quelques jours un taux intense et parfois considérable ; — tous symptômes de néphrite très hâtivement constitués.

3° *Échéance notablement et presque exceptionnellement précoce des accidents urémiques.*

Sans rien offrir de pathognomonique, ces trois particularités ne laissent pas de conférer à l'ensemble morbide une note vraiment spéciale, je dirai presque une physionomie propre.

Traitement. — Le traitement comporte deux indications essentielles, à savoir : régime lacté et médication spécifique.

Le régime lacté devra être absolu, spécialement dans les formes graves et au début de l'affection. — On n'en relâchera quelque peu la rigueur qu'après une rétrocession complète des symptômes de néphrite et au cas où la nutrition semblerait souffrir d'une alimentation exclusivement lactée. Encore conviendra-t-il en pareil cas de surveiller de très près les urines, pour revenir à temps, s'il y a lieu, au régime lacté intégral.

De par expérience, la médication spécifique doit être à la fois mercurielle et iodurée.

De par expérience également, mieux vaut prescrire le mercure et l'iodure indépendamment l'un de l'autre que les réunir dans une préparation mixte, telle que le sirop de Gibert (lequel, soit dit au passage, est presque toujours intolléré).

L'iodure sera facilement administré dans le lait.

Quant au mercure, impossible encore de spécifier quel mode d'administration convient le mieux en l'espèce. Le mode stomacal est souvent exclu par l'intolérance gastrique, les vomissements, la diarrhée, etc. Restent les méthodes externes (frictions, injections quotidiennes, injections massives) ; mais laquelle des trois est préférable ? J'avoue n'être encore fixé sur ce point ni par mes lectures, ni par mon observation personnelle.

L'essentiel, en tout cas, est que, d'une façon ou d'une autre, le mercure soit administré à bonne dose, à dose proportionnée au grave danger qui menace. Les doses timides n'aboutissent, de par expérience, qu'à laisser mourir les malades.

Cela est d'autant plus essentiel à spécifier que trop souvent ici un préjugé paralyse, en partie tout au moins, la thérapeutique. Positivement en l'espèce *on a peur* du mercure, comme aussi de l'iodure, et l'on donne le moins possible de l'un ou de l'autre, quand on s'enhardit à prescrire tel ou tel. Pourquoi ? « Parce que, dit-on, l'élimination de ces deux agents par un rein déjà malade risque de conférer à l'organe une irritation nouvelle et de compliquer la situation ». Crainte chimérique, à laquelle la clinique inflige un démenti formel, et j'ajouterai préjugé néfaste, désastreux, auquel il n'est que temps de substituer la bienfaisante vérité que voici :

En l'espèce, *le salut du malade est souvent au prix d'une intervention intensive du traitement spécifique.*

Quant aux accidents urémiques proprement dits, leur traitement n'est en rien modifié par la spécificité originelle des lésions ; je n'en parlerai donc pas.

SYPHILIS SECONDAIRE DU SYSTÈME REPRODUCTEUR.

I. — Chez l'homme.

Réserve faite pour sa mystérieuse influence sur la transmission héréditaire, le système reproducteur de l'homme est généralement épargné par la syphilis secondaire.

Il ne présente guère, à cette période de la maladie, qu'une seule manifestation, — encore assez peu commune — laquelle a reçu le nom d'**épididyme secondaire**.

Signalée et bien décrite par Dron (de Lyon) en 1863, étudiée ensuite par moi, puis par un de mes élèves, le Dr Balme (1), par MM. Tédenat, Mauriac, Pascalis, Cuilleret (2), etc., cette affection se différencie à deux titres du sarcocèle syphilitique que nous aurons à décrire dans la période tertiaire, à savoir : 1° parce qu'elle intéresse exclusivement l'épididyme, tandis que le sarcocèle tertiaire porte soit exclusivement sur le testicule, soit sur le testicule et l'épididyme à la fois ; — 2° parce qu'elle constitue une manifestation *jeune*, particulièrement jeune de la maladie, tandis que le véritable sarcocèle (bien que pouvant être précoce) a généralement une échéance plus tardive, quelquefois même extrêmement tardive. Précisons mieux. L'épididyme secondaire est le plus souvent contemporain des premières manifestations de syphilis secondaire. D'après Dron, il apparaîtrait en moyenne du troisième au quatrième mois de l'infection. Il peut cependant s'observer plus tard, tout en restant toujours assez précoce.

La symptomatologie en est des plus simples et se résume en ceci : Une néoplasie épididymaire, et seulement épididymaire, surmontant le testicule resté sain, à la façon « d'un cimier de casque ».

Cette néoplasie est plus souvent monolatérale que bilatérale, et cela dans la proportion approximative de 43 cas contre 23 (Cuilleret). — Elle a pour caractère de rester le plus habituellement partielle, en se limitant à la *tête* de l'organe. Il est rare qu'elle envahisse tout l'épididyme.

Si bien que l'affection se présente cliniquement sous forme d'une tumeur, d'un « calus », comme disent les malades, coiffant le testicule

(1) Balme, *Étude sur l'épididymite syphilitique*, thèse de Paris, 1876.

(2) Cuilleret, *Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire*. Lyon, 1890. — On trouvera particulièrement dans cet excellent travail un historique très complet de la question.

à sa partie supéro-postérieure. — Cette tumeur n'offre qu'un faible volume, comparable en général à celui d'une olive ou d'une noisette, parfois même ne dépassant pas les proportions d'un gros pois. — Elle est soit arrondie, en forme de bille, soit plus fréquemment ovalaire, en forme d'olive. — Toujours elle est ferme, dure, et souvent même très dure. — Elle est lisse de surface, unie, sans nodosités saillantes, sans bosselures. — Enfin, et surtout, elle est remarquablement indolente, et cela soit spontanément, soit au palper et même à la pression. D'où il suit que, ne déterminant d'ailleurs aucun trouble fonctionnel, elle n'avertit en rien le malade de sa présence. Aussi bien reste-t-elle *souvent ignorée*. En nombre de cas, c'est le médecin qui la découvre et la signale au malade, plus souvent que ce n'est le malade qui vient s'en plaindre au médecin.

Variétés. — Il est possible que le testicule soit affecté en même temps que l'épididyme (13 fois sur 100 environ); mais il ne l'est jamais que d'une façon à la fois partielle, légère et aphlegmasique. — Plus rarement encore la vaginale peut présenter une certaine exsudation.

La forme froide et indolente, que je viens de décrire, est le type habituel de l'affection. — Toutefois, en de très rares circonstances, l'épididyme secondaire revêt telle ou telle des deux formes suivantes :

1° Forme *subaiguë*, caractérisée par quelques douleurs sourdes au début, une certaine tuméfaction des bourses et une douleur véritable déterminée par le palper.

2° Forme *aiguë* (celle-ci tout à fait exceptionnelle), rappelant le début d'une épididymite blennorrhagique : douleurs spontanées, assez vives; — douleurs plus vives encore à la pression; — tuméfaction et rougeur des bourses; — épididyme infiltré dans toute son étendue. « Cet état reste stationnaire huit à dix jours; puis les symptômes aigus s'amendent, et l'affection, d'aiguë qu'elle était d'abord, puis subaiguë, ne tarde pas à revenir à la forme ordinaire. » (Cuilleret.)

Évolution, terminaison. — Manifestation à tendance spontanément régressive ; — résolutive *ad integrum* ; — n'aboutissant jamais ni à suppuration, ni à dégénérescence gommeuse, ni à ulcération.

Que durerait-elle, abandonnée à elle-même? Nous manquons d'observations pour le dire. En tout cas, soumise au traitement spécifique, elle guérit facilement, se résorbe en quelques semaines et disparaît sans laisser à sa suite ni trouble fonctionnel ni trace sensible de son passage.

Diagnostic. — I. — Sans parler de l'épididymite traumatique qui se différencie par une anamnèse toute spéciale, la lésion la mieux faite pour simuler l'épididyme secondaire est sans contredit l'engorgement dur, froid, indolent et chronique, qui succède habituellement à l'*épididymite blennorrhagique* et lui survit parfois un temps très long. Mais le diagnostic ressort aussitôt des commémoratifs d'une

inflammation aiguë et douloureuse des bourses, s'étant produite au cours d'un écoulement uréthral. En outre, la tumeur reliquat de l'épididymite blennorrhagique a pour caractère ou bien d'affecter tout l'épididyme, ou bien, plus souvent encore, de se cantonner dans le *globus minor*, vers la queue de l'organe.

II. — L'*épididymite tuberculeuse* se rapproche absolument, à son début tout au moins, de l'épididyme secondaire par son siège, son indolence, sa dureté, etc. Mais elle ne tarde pas à s'en différencier par divers caractères, à savoir : bosselures, et bosselures souvent multiples, bien plus fortement accentuées que dans la syphilis ; — bosselures de consistance souvent inégale, les unes encore dures, mais d'autres moins fermes, et d'autres en voie de ramollissement ; — invasion habituelle du canal déférent, qui devient moniliforme ; — invasion possible et même fréquente de la prostate et des vésicules séminales. — Ajoutez à cela les considérations tirées de l'état général, comme aussi de la coïncidence possible d'autres tuberculoses de siège différent, etc. — En fin de compte, critérium rapidement significatif offert par le traitement spécifique, qui résout à bref délai l'épididyme secondaire, mais reste sans résultat sur l'épididymite tuberculeuse.

III. — Enfin, l'épididyme secondaire a été plus d'une fois rapporté à une affection kystique localisée dans le *globus major*. Mais, si les kystes de cette région peuvent en imposer par leur consistance et leur indolence, ils sont généralement moins réguliers et moins lisses de surface que l'épididyme secondaire, plus globuleux et moins oblongs, souvent aussi plus élastiques que durs. En tout cas et bien mieux que ces divers signes d'appréciation délicate, le traitement ici encore offre un recours précieux pour lever toute difficulté diagnostique à brève échéance.

Traitement. — Pour l'énorme majorité des cas, traitement local inutile. — Recommander simplement le suspensoir ouaté et quelques bains. — Éviter fatigue, bicyclette, cheval.

Le mercure suffit en général à déterminer une résolution rapide. — Lui adjoindre l'iodure en cas de régression lente.

II. — Chez la femme.

Beaucoup plus multiples et variés sont les troubles importés par la syphilis secondaire dans le système génital féminin.

I. — **Leucorrhée.** — En premier lieu je mentionnerai, comme un accident qu'il est assez commun d'observer chez les femmes syphilitiques, la *leucorrhée*, c'est-à-dire un suintement séro-muqueux provenant des muqueuses génitales internes. Nombre de femmes, qui n'avaient jamais eu de flueurs blanches avant de contracter la syphilis.

deviennent leucorrhéiques à des degrés variables et pour un certain temps au cours de la période secondaire.

Est-ce là un accident direct de syphilis? Je n'en crois rien. J'incline bien plutôt à considérer cette leucorrhée comme un effet de la chloro-anémie et de la débilitation générale que la diathèse importe souvent dans l'économie féminine.

Question plus grave : Cette leucorrhée est-elle *contagieuse*? Je n'hésite guère, avec les réserves que comporte une question de ce genre, à répondre négativement. D'une part, en effet, j'ai vu nombre de femmes syphilitiques affectées de leucorrhée ne rien transmettre par les rapports sexuels. Et, d'autre part, toutes les fois que, par confrontation, j'ai pu remonter à l'origine d'une contagion syphilitique transmise à un homme, j'ai toujours — à de très rares exceptions près — rencontré chez la femme des lésions spéciales (chancre ou syphilides), bien définies, bien manifestes. Je ne sais ce que serait capable de produire par inoculation l'écoulement leucorrhéique provenant d'un organisme entaché de syphilis ; mais ce que j'ai vu, c'est qu'il reste ou paraît rester inoffensif dans les conditions physiologiques du rapprochement sexuel.

II. — **Névralgie utérine.** — Manifestation de même ordre que la précédente, en ce sens qu'elle aussi semble bien moins constituer un symptôme direct de syphilis que relever de la chloro-anémie ou de l'état général ou de l'éréthisme nerveux qui résulte de la diathèse.

Quelle qu'en soit la pathogénie, toujours est-il que ce symptôme est d'observation assez commune. Nombre de femmes qui, avant la syphilis, étaient restées indemnes de toute souffrance utérine, commencent, au cours de la période secondaire, à devenir sujettes à des douleurs plus ou moins accentuées qui, par l'ensemble de leurs caractères, rappellent tout à fait l'*hystéralgie* commune, vulgaire. Ce sont des douleurs irrégulières et capricieuses, exacerbantes, partant d'un point fixe que les malades localisent très bien dans la région médiane et inférieure du ventre, s'exaspérant par la marche, s'exaspérant surtout par le toucher du col, irradiant vers les lombes, le sacrum, les cuisses, redoublant d'intensité au moment des règles, etc. Aucune lésion contemporaine ne venant, d'autre part, rendre compte de tels phénomènes, force est bien de les considérer comme purement névralgiques et d'en faire une *névrose utérine*.

Quant à la connexion de ces accidents avec la syphilis, elle ressort des conditions mêmes où ils se sont produits, comme aussi des symptômes qui leur sont associés. Quoi d'étonnant, d'ailleurs, à ce qu'une manifestation de cet ordre dérive d'une influence diathésique ? Chacun sait quelle impressionnabilité singulière acquiert le système utérin chez les femmes chloro-anémiques ou débilitées par une raison quelconque ; et, d'autre part, je n'ai plus à dire quel éréthisme morbide la syphilis imprime souvent à l'organisme féminin.

III. — **Troubles menstruels.** — Déterminer l'influence de la syphilis sur la menstruation constitue, certes, un problème des plus délicats. Il est souvent très difficile, en effet, de démêler ce qui revient à l'action propre de la diathèse au milieu des causes multiples et variées qui, chez toutes les femmes et chez nos malades d'hôpital en particulier, peuvent modifier le cours des règles : causes générales dérivant de la constitution, du tempérament, de la santé habituelle, de l'anémie, de la chlorose, des influences professionnelles, etc. ; — causes locales, relevant de l'état utérin, des excitations génitales, de la débauche, des habitudes vicieuses, etc. ; — sans parler encore de ces idiosyncrasies singulières qui souvent impriment aux règles telle ou telle modalité anomale.

J'ai tenté cependant d'élucider la question. Pour me tenir en garde le mieux possible contre toutes ces causes d'erreur, je me suis astreint à ne prendre comme sujets d'observation que les femmes dont les règles avaient été parfaitement *régulières* jusqu'à l'époque de leur maladie, et celles qui, séjournant un certain nombre de mois à l'hôpital, se trouvaient soustraites par cela même aux excitations de la vie extérieure. Procédant de la sorte et réunissant à mes observations d'hôpital celles que j'avais pu recueillir en ville dans des conditions meilleures, je crois être arrivé à quelques résultats qui me paraissent entourés de réelles garanties d'exactitude.

Ces résultats, je les formulerai tout d'abord, me réservant de les légitimer par une discussion subséquente.

1° Sur le plus grand nombre des femmes, la syphilis, dans ses formes habituelles, c'est-à-dire dans ses formes légères ou moyennes, ne trouble pas sensiblement les règles.

2° Sur quelques malades, toutefois, même dans ses formes communes, elle détermine certains troubles menstruels bien manifestes ; — et, de ces troubles, les plus habituels consistent en *retards*, *irrégularités*, *appauvrissement*, *suppression* plus ou moins complète du flux menstruel.

3° Si les troubles menstruels sont assez rares dans les syphilis de gravité moyenne, ils deviennent, au contraire, fréquents et intenses dans la plupart des cas où la maladie prend une gravité supérieure et revêt, dès la période secondaire, la forme que nous avons qualifiée de viscérale.

Précisons.

1. — La première des propositions qui précèdent n'est guère sujette à contestation. Chez le plus grand nombre de nos malades, simplement éprouvées par des manifestations légères et superficielles, j'ai noté que la menstruation n'était pas sensiblement troublée, ne semblait même en aucune façon influencée par la diathèse. — Inutile de citer, à ce point de vue, des observations particulières. C'est là un fait qui ressort de la pratique courante.

II. — En revanche, il est certaines malades chez lesquelles la syphilis, même dans ses formes légères ou moyennes, détermine des troubles menstruels d'intensité variable. Les plus fréquents de ces troubles consistent en ceci : *retards* et *irrégularités* des règles. Deux exemples :

Une jeune femme, très exactement réglée tous les vingt-huit jours, devient syphilitique. Dès le sixième mois de l'infection, ses règles *retardent*, c'est-à-dire n'apparaissent plus que toutes les six semaines, toutes les sept semaines, puis tous les deux mois.

Une autre, tout aussi ponctuellement menstruée avant de contracter la syphilis, n'a plus eu, dès qu'elle a été sous le coup de la diathèse, que des règles *très irrégulières*, se manifestant à intervalles de 18, 21, 35, 14, 41, 52 et 65 jours, etc.

En certains cas plus rares, les troubles de menstruation s'accentuent davantage. Les règles, alors, *se suppriment* complètement, et cela pour une période plus ou moins longue, pour deux mois, pour trois mois, voire pour cinq mois et plus. Dans ces conditions, c'est à une véritable *aménorrhée* syphilitique que l'on a affaire.

Je n'aurais pas été conduit par l'observation à constater cette aménorrhée spécifique qu'une remarque indirecte me l'eût signalée. C'est une particularité fréquente, en effet, que les femmes syphilitiques se croient enceintes alors qu'elles ne sont pas enceintes. Maintes fois il m'est arrivé d'être consulté par mes malades au sujet de *prétendues grossesses* que rendait probables à leurs yeux une suppression de règles plus ou moins prolongée. Or, examen fait, la plupart de ces femmes n'étaient pas enceintes ; elles étaient simplement aménorrhéiques, et aménorrhéiques de par la syphilis. Une de mes clientes me racontait, de la sorte, qu'elle « avait passé deux ans de sa syphilis à se croire enceinte presque tous les mois ».

En même temps que les règles se troublent au point de vue de la périodicité, il n'est pas rare qu'elles *s'appauvrissent*. D'abord, elles diminuent comme *durée*. La plupart des malades auxquelles j'ai fait allusion précédemment, au lieu d'avoir leurs menstrues pendant quatre, cinq ou six jours, ne perdaient plus que trois jours, deux jours, vingt-quatre heures, quelques heures même en certains cas. Parfois, aussi, le flux menstruel, au lieu de se produire d'une façon continue et égale, procède par poussées intermittentes, c'est-à-dire apparaît et disparaît plusieurs fois de suite pendant quelques jours, et cela de la façon la plus irrégulière. — En second lieu, les règles s'appauvrissent comme *quantité*. Les malades vous disent « perdre beaucoup moins que d'habitude, la moitié, le tiers, le quart de ce qu'elles perdaient auparavant ». Quelques-unes en arrivent à n'avoir plus besoin de se garnir, à tacher à peine leur linge, etc. ; et, parfois même, ce qu'elles appellent « leurs règles » est moins du sang véritable que de la sérosité rose, à peine sanguinolente.

Parfois encore (mais cela est plus rare), à plusieurs suppressions consécutives succèdent des hémorrhagies plus ou moins abondantes, qu'on pourrait presque qualifier de *métrorrhagies*. Ces métrorrhagies, généralement accompagnées de coliques et de névralgies utérines, ne laissent pas que de fatiguer les malades, dont elles contribuent à accroître l'état anémique.

Pathogénie. — Il n'est pas douteux que les divers troubles menstruels dont je viens de parler ne soient, pour la plupart des cas, une conséquence de l'influence générale exercée par la diathèse sur l'économie. Le plus souvent, en effet, il existe entre ces troubles et l'état de santé des femmes syphilitiques une relation intime qu'on ne saurait méconnaître. La syphilis ayant pour résultat assez habituel, chez les femmes spécialement, d'affaiblir et d'anémier l'organisme, rien de plus naturel que, dans ces conditions, les règles se troublent, s'appauvrissent et finissent même par se tarir provisoirement. Ce ne sont là, comme on le sait, que des phénomènes communs à toutes les anémies, à toutes les déglobulisations du sang, quelles qu'en soient d'ailleurs l'origine et la nature.

Mais ce qui n'est pas moins intéressant à préciser, c'est que, d'autre part, de semblables troubles menstruels se manifestent parfois, et cela même avec une intensité notable, sans être provoqués par un état de débilitation générale de l'économie. J'ai observé nombre de cas de ce genre chez des femmes syphilitiques dont la santé ne paraissait pas sensiblement altérée. J'ai plus d'une fois constaté, par exemple, — et non sans étonnement — des retards et des aménorrhées rebelles chez des malades qui ne semblaient en rien anémiques, qui ne présentaient ni l'habitus extérieur ni les signes stéthoscopiques de l'anémie. Il serait donc exagéré, je crois, de rapporter exclusivement à l'anémie les troubles menstruels de la période secondaire; car ces troubles, en quelques cas, semblent bien positivement constituer une expression directe de la diathèse.

III. — J'ai dit en troisième lieu que, si les troubles menstruels sont assez rares dans les syphilis d'intensité moyenne, ils deviennent tout au contraire communs, habituels même, dans la plupart des cas où la maladie prend une certaine gravité et revêt la forme que nous avons appelée viscérale.

Cela, encore, est incontestable, et sur ce point il n'est pas de désaccord possible. *Toutes les fois que la syphilis devient grave, elle trouble les règles.* Elle commence par les retarder, les appauvrir, les rendre irrégulières; plus tard, elle les suspend pour des laps de temps de plus en plus considérables; finalement, elle peut les supprimer.

Deux exemples :

Une jeune femme, qu'une syphilis des plus graves avait conduite presque au seuil de la cachexie, n'a eu que deux fois ses règles en quinze mois. Et,

de plus, ces deux menstruations ont été si pauvres qu'elles méritai peine le nom de règles ; le sang n'avait coulé que quelques heures, au de la malade, « en ne faisant pas sur le linge une tache plus grande q creux de la main ».

Une autre de nos malades, éprouvée par une syphilis des plus grav devenue véritablement cachectique, a perdu absolument ses règles pe treize mois.

IV. — Mais c'est surtout au point de vue des **fonctions de re duction** que le système utérin offre, dans la période secondaire troubles dignes de l'attention la plus sérieuse. De nombre questions, toutes majeures, toutes éminemment pratiques, vo présenter ici à notre étude.

I. — Tout d'abord, quelle est l'influence de la syphilis secon sur la *faculté de conception*?

On a prétendu que la syphilis peut produire la *stérilité*. Cer médecins ont avancé que, du fait seul de la vérole, la femme de parfois impropre à la fécondation. A l'appui de ce dire on a quelques observations se résumant en ceci : une femme reste st pendant plusieurs années ; on recherche la cause de cette stéri et l'on ne trouve, après mûr examen, que la vérole à incriminer. traitement spécifique est alors prescrit, et, consécutivement femme devient grosse.

Je n'insisterai pas sur ce que de tels faits présentent de vagu de controversable, non plus que sur les objections nombreu qu'on est en droit de leur adresser. De l'aveu général, les conditi d'où résulte l'aptitude ou l'inaptitude à la reproduction ne sont enc que très imparfaitement connues. Et d'ailleurs, s'il arrive qu' femme syphilitique ne devienne enceinte qu'après avoir suivi traitement spécifique, cela suffit-il à démontrer qu'avant ce tra ment elle était stérile de par la syphilis et qu'elle serait restée stér sans l'intervention du mercure?

Il se peut assurément qu'en vertu de certaines lésions ou par u influence toxique, la vérole rende certaines femmes inféconds. Ma si cela est, cela, en tout cas, doit être bien rare, bien exception même. Car les femmes syphilitiques qui deviennent *enceintes* ne so malheureusement que trop nombreuses; bien malheureusement, répète le mot à dessein, elles ne sont que trop facilement aptes concevoir. Si la syphilis était une cause de stérilité, nous n'a rions pas à déplorer tant et tant de catastrophes héréditaires do je vais parler dans un instant.

II. — **Syphilis et grossesse s'influencent réciproqueme** — Voyons, d'abord, comment l'état de grossesse peut réagir sur syphilis.

Il est des cas où la gestation reste inoffensive sur l'évoluti

secondaire. Tout au moins la syphilis n'en subit-elle pas d'aggravation apparente.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, loin de là ! Et le plus souvent la grossesse devient l'occasion d'une série de troubles, soit locaux, soit généraux.

Localement, d'abord, la grossesse prédispose la région génitale à des poussées de syphilides muqueuses qui prennent, je ne dirai pas une gravité, mais une importance particulière, en raison même des conditions physiologiques que confère la gestation à tout l'appareil génital. L'état congestif anormal de la vulve est pour ces accidents une *cause d'appel* et *d'entretien*. — Les papules muqueuses, par exemple, ne se bornent pas à être très communes chez les femmes enceintes; elles se développent sur elles avec une exubérance singulière, prennent rapidement la forme bourgeonnante, végétante, hypertrophique, et arrivent souvent à constituer de nombreuses tumeurs qui envahissent et déforment toute la vulve. De plus, elles sont toujours rebelles, bien plus rebelles que d'habitude, et se résorbent plus difficilement, plus lentement qu'elles n'ont coutume de le faire en toute autre circonstance. — De même, et pour une raison identique, les syphilides de forme ulcéreuse sont assez fréquentes chez les femmes grosses. Livides, violacées, creuses et rendues plus creuses encore par la turgescence vasculaire des parties, elles persistent en général plus ou moins longtemps et tendent souvent à progresser. On a même parfois toutes les peines du monde à en obtenir la cicatrisation avant l'accouchement (1).

Il en est de même pour le chancre qui prend naissance au cours de la grossesse et surtout dans les derniers mois de la gestation. Ce chancre revêt alors une physionomie très différente de celle qui lui est habituelle dans l'état de vacuité utérine. Il est large, étendu, creux, ulcéreux, avec un fond violacé et une coloration sombre, vineuse, due à l'état de veinosité de la région. Il affecte une évolution torpide et ne se cicatrise que lentement, péniblement. Parfois même il présente une tendance ulcéreuse, qui peut aboutir au phagédénisme.

En second lieu, les modifications, les perturbations qu'importe la grossesse dans l'état général constituent un appoint singulièrement défavorable à la diathèse. Elles deviennent, pour nombre de cas, l'occasion de troubles qui, sans elles, ne se seraient pas produits, qui, tout au moins, auraient eu chance de ne pas se produire. Donc, *la grossesse*, assurément, *complique la vérole*. Elle la complique en lui ajoutant son anémie propre, son influence débilitante, sa disposition aux névroses, ses troubles de nutrition, etc. Aussi, beaucoup de

(1) Voy. Jules Moret, *Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et les nouvelles accouchées*, thèses de Paris, 1875. — Jean Cernatesco, *De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation*, thèses de Paris, 1875. — Etc.

femmes syphilitiques, qui conservaient une santé moyenne o passable tant qu'elles n'étaient que syphilitiques, voient-elles leu état général péricliter dès qu'à la syphilis s'adjoint une grossesse Elles deviennent alors pâles, chlorotiques, hydrohémiques, faibles alanguies, nerveuses, maladives (peut-être même vaudrait-il mieu dire *malades*). La syphilis alors a beau jeu pour donner carrièr à ses manifestations propres, et elle ne s'en fait guère faute le plu souvent. C'est ainsi que, sous la double influence de la syphilis e de la grossesse, certaines femmes sont affligées de symptômes auss multiples que variés et, plus spécialement encore, de symptôme d'ordre splanchnique : asthénie fonctionnelle générale ; — langueu digestive, inappétence, troubles dyspeptiques, vomissements ; — palpitations, intermittences cardiaques ; — accès fébriles, ou bie fièvre continue paroxystique, quelquefois assez intense pour mérite le nom de typhose ; — accidents nerveux, tels que céphalée névralgies, insomnies, vapeurs, algidités périphériques, spasme musculaires, névroses convulsives, etc. ; — douleurs diverses variables de siège et de nature, et spécialement douleurs abdominales mal définies, vagues ; — hystéralgie avec irradiations lombaires, pelviennes, inguinales, etc.

Il n'est même pas très rare que la grossesse devienne une raison de *malignité* et se traduise par l'ensemble clinique des **syphilis malignes** que nous aurons bientôt à décrire, à savoir notamment pa les manifestations suivantes : syphilides cutanées profuses et de forme ulcérative, syphilides muqueuses de même forme, iritis graves, périostites, périostoses, lésions gommeuses, céphalée, fièvre, dénutrition, voire consomption rapide, et tous symptômes de tertiarisme précoce.

Je tiens la grossesse pour une cause avérée de **phagédénisme**. Plusieurs fois, en effet, j'ai observé des chancres phagédéniques vulvaires sur des femmes enceintes, qu'aucune cause ne semblait prédisposer à cette complication. Plusieurs fois aussi j'ai vu succéder à de tels chancres des syphilides de forme phagédénique, et cela toujours au cours de la grossesse.

Une des syphilis phagédéniques les plus intenses et les plus graves que j'aie jamais rencontrées s'était développée sur une jeune femme qui avait contracté la contagion au début même d'une grossesse. Cette syphilis débuta par un chancre phagédénique vulvaire, auquel succédèrent sans transition d'effroyables syphilides tertiaires de forme serpigineuse et térébrante. Elle mutila le visage, anéantit le nez, le palais et le voile palatin, puis aboutit à une cachexie profonde qui se termina par la mort en l'espace de quelques mois.

III. — A son tour, la syphilis peut réagir et réagit très fréquemment sur la grossesse. Cela de trois façons : par l'infection générale dont elle imprègne l'organisme ; — par les troubles fonctionnels qu'elle

importe dans les divers systèmes, troubles qui, naturellement, sont parfois de nature à influencer la grossesse; — et par les lésions qu'elle constitue dans le placenta (1).

Aussi bien, nombre de femmes syphilitiques, devenues enceintes à la période secondaire, ont-elles une *grossesse pénible*, laborieuse, accidentée, douloureuse, féconde en troubles locaux et généraux.

Aussi bien, finalement, est-il absolument commun qu'en de telles conditions la grossesse ne se continue pas, n'arrive pas à terme, c'est-à-dire aboutisse soit à l'**accouchement prématuré**, soit surtout à l'**avortement**.

L'**INFLUENCE ABORTIVE** ou **FŒTICIDE** de la syphilis est un fait aujourd'hui universellement admis, tant elle a été démontrée de fois, tant elle est d'observation journalière. Il me suffira donc d'affirmer ici ce fait, sans avoir à l'étayer de citations particulières, et d'ajouter :

Cette influence abortive de la syphilis se manifeste dans *toutes* les conditions qui peuvent présider à la transmission des géniteurs au produit de conception, c'est-à-dire : 1° alors que les deux géniteurs sont affectés de syphilis ; — 2° alors que le père seul est syphilitique, la mère étant saine ; — 3° alors que la mère seule est syphilitique, le père étant sain ; — 4° alors que la mère, saine à l'époque de la conception, vient à être infectée au cours de la grossesse.

De nombreuses statistiques ont été publiées, et de tous côtés, pour servir à la démonstration de ces divers points. J'en reproduirai seulement quelques-unes.

I. — Sur 53 jeunes femmes syphilitiques et enceintes, observées et traitées par moi à Lourcine, 28 seulement ont mené leur grossesse à terme, tandis que 8 ont accouché prématurément et 17 ont avorté à diverses échéances. C'est-à-dire : 25 grossesses sur 53 (près de moitié) aboutissant à une terminaison néfaste, et cela en dépit du traitement !

II. — Sur 414 grossesses de femmes syphilitiques observées à Lourcine, 260 seulement sont arrivées à terme, tandis que 154 ont abouti soit à l'accouchement prématuré, soit à l'avortement (Dr Le Pileur). — Proportion : Sur 100 grossesses, 37 à terminaison mauvaise.

III. — Il en est de même pour l'*hérédité maternelle exclusive*, qu'on a rarement l'occasion d'observer et à propos de laquelle les résultats qui vont suivre n'en sont que plus curieux à enregistrer :

Treize femmes syphilitiques, unies à des maris *sains* (que je puis sûrement déclarer sains pour les avoir soigneusement interrogés et examinés), ont eu 28 grossesses. Or, ces 28 grossesses ont abouti aux résultats que voici :

(1) La description de ces lésions trouvera place dans une autre partie de cet ouvrage.

Enfants vivants et sains	3 cas.
Enfants manifestement syphilitiques, mais ayant survécu	4 —
Enfants syphilitiques, qui se sont éteints très rapidement	3 —
Enfants ayant succombé rapidement, sans que des symptômes dûment syphilitiques aient été constatés sur eux	9 —
Enfin, la grossesse s'est terminée soit par accouchement prématuré, soit par avortement, en	9 —
Total	28 cas.

Proportion : 32 grossesses sur 100 se terminant par accouchement prématuré ou avortement.

IV. — De même, également, pour l'*hérédité paternelle exclusive*, infiniment plus commune que la précédente. Ainsi :

Sur 103 grossesses survenues dans ces conditions, c'est-à-dire issues d'un père syphilitique et d'une mère saine, 41 se sont terminées par des avortements ou des accouchements prématurés, amenant des enfants morts ou moribonds.

41 sur 103, cela donne au pourcentage 39 pour 100. Quelle proportion !

Encore, si cette influence pernicieuse de la syphilis se bornait à une première grossesse, ou bien se limitait à la période secondaire. Mais c'est que tel n'est pas le cas bien souvent. Bien souvent — et surtout par défaut d'un traitement répressif — elle se prolonge sur plusieurs grossesses, en dépassant, et de beaucoup, les limites chronologiques de la période secondaire. On a vu, de la sorte, de malheureuses femmes syphilitiques avorter *deux fois*, *trois fois*, *quatre fois*, *cinq fois*, *six fois*, et même jusqu'à *sept fois* de suite ! On a vu des femmes syphilitiques ne pouvoir conduire à terme une seule de leurs grossesses. Il existe quantité de ces faits dans la science, calqués sur le suivant, que je donnerai comme exemple.

Une jeune fille d'excellente santé, grande, vigoureuse, se marie à dix-neuf ans. Elle commence par avoir trois grossesses normales, qui lui donnent trois « superbes enfants ». — Après son troisième accouchement, elle reçoit la syphilis de son mari, qui venait de la contracter dans une aventure extra-conjugale. — Au delà, elle devient enceinte *sept fois*. — Résultats de ces nouvelles grossesses :

Première grossesse (après la contagion) : *avortement* au cinquième mois.

Seconde grossesse : *accouchement prématuré*, à sept mois et demi. L'enfant, très chétif, rabougri, « sorte de petit vieux », meurt à quinze jours.

Troisième grossesse : accouchement « presque à terme » d'un enfant *mort-né*.

Quatrième grossesse : *accouchement prématuré* à sept mois ou sept mois et demi. — Enfant *mort-né*, ayant le corps couvert de taches.

Cinquième grossesse : *accouchement prématuré* d'un enfant mort.

Sixième grossesse : *avortement* à trois mois et demi.
Septième grossesse : *avortement* à six semaines environ.

A coup sûr, les observations et les statistiques qui précèdent témoignent formellement de l'influence particulièrement nocive exercée par la syphilis sur la grossesse et le produit de conception. Mais ce n'est pas tout. Car il est une condition autre et toute spéciale qui parachève, en l'espèce, la démonstration de cette influence, et cela d'une façon si saisissante qu'elle doit être consignée ici.

Cette condition est celle où la syphilis ne pénètre dans une famille qu'après l'époque où les deux conjoints ont déjà fait leurs preuves — qu'on me passe le mot — en tant qu'aptitudes procréatrices normales et favorables. Qu'alors d'autres grossesses viennent à se produire après infection d'un des époux ou des deux époux, on se trouve avoir un terme de comparaison irrécusable pour juger de l'influence exercée par la syphilis. Eh bien, ce critérium se présente quelquefois en pratique. Et, en telle occurrence, qu'observe-t-on? Ceci :

Avant la syphilis, grossesses arrivant à terme, se terminant heureusement par la naissance d'enfants vivants et sains;

Après la syphilis, au contraire, avortements, accouchements prématurés, naissance d'enfants morts ou d'enfants syphilitiques.

Exemple :

Un homme, exempt de syphilis, épouse une jeune fille, dont il a deux enfants vivants et sains. — Il contracte alors la syphilis et la communique à sa femme. Surviennent, au delà, quatre grossesses, qui se terminent :
Les trois premières par avortement;
La quatrième par la naissance d'un enfant syphilitique.

Tel est également l'un des cas précités, se résumant en ceci :

Dix grossesses, dont trois antérieures et sept postérieures à la contamination syphilitique. — Les trois premières se terminent à terme et donnent des enfants bien portants; — les sept autres aboutissent à *quatre accouchements prématurés* et *trois avortements*.

Quoi de plus instructif que de tels faits? Et quoi de plus probant ?

IV. — **Est-il une étape de la diathèse syphilitique qui soit particulièrement nocive pour la grossesse et pour le produit de conception ?**

Oui, certes. Cette étape particulièrement nocive, c'est la *période secondaire*, et même — nous pouvons mieux préciser encore — c'est,

dans la période secondaire, le tout jeune âge de l'infection, à savoir (approximativement) sa *première année*.

Quelques développements vont être nécessaires.

L'influence infectieuse héréditaire qui menace à la fois la grossesse et l'enfant n'est pas toujours limitée — tant s'en faut — aux premières années de la maladie, c'est-à-dire à la période secondaire. Elle peut s'étendre au delà, bien au delà, et s'exercer en pleine période tertiaire. Que dis-je? Elle peut même, en certains cas à la vérité exceptionnels, se proroger jusqu'à des termes avancés de cette période tertiaire. C'est ainsi qu'on a vu cette hérédité à long terme se poursuivre au cours de *dix* grossesses, de *onze* grossesses, de *dix-neuf* grossesses (cas célèbre du Dr Ribemont-Dessaigne) (1), alors que le début de la syphilis remontait à dix, quinze, dix-sept, vingt ans.

Mais, cela reconnu, il n'en reste pas moins certain que, comme règle usuelle, l'influence héréditaire de la syphilis, essentiellement nocive et meurtrière dans les premiers temps de la maladie, « s'use », se mitige, s'amoindrit et s'annihile *avec le temps*.

D'innombrables observations cliniques témoignent en ce sens. Il y a plus, même; c'est que certaines de ces observations portent avec elles la preuve d'une *atténuation méthodiquement progressive* de cette influence héréditaire au fur et à mesure d'une série de grossesses. Dans les cas de ce genre, en effet, on voit ceci : l'infection diathésique commencer par tuer les enfants, qui alors sont expulsés par avortement dès les premiers mois de la grossesse ; — puis, les tuer encore, mais à échéance plus tardive, de sorte que la grossesse se prolonge davantage ; — puis, les laisser naître à terme, mais à l'état de petits êtres chétifs et étiques, d'avortons manifestement destinés à une mort prochaine; — puis, leur permettre de naître plus valides, syphilitiques à la vérité, mais capables de résister à leur syphilis ; — et, finalement, s'éteindre, s'annihiler, au point que des grossesses ultérieures ne donnent plus naissance qu'à des enfants vivants et indemnes de syphilis.

Exemple :

Un de mes clients se marie quatre ans après avoir contracté la syphilis. Il a la chance de ne pas contagionner sa femme, que j'ai examinée à maintes reprises et toujours trouvée saine. Or, cette femme est devenue enceinte quatre fois, et ces quatre grossesses se sont terminées comme il suit :

La première, par une *fausse couche* à *trois* mois ;

La deuxième, par une *fausse couche* à *six* mois;

La troisième, par la naissance *à terme* d'un enfant syphilitique, qui mourut de la syphilis à trois mois ;

(1) Voy. A. Fournier, *L'hérédité syphilitique*, p. 120.

La quatrième, enfin, par la naissance *à terme* d'un enfant sain, qui était *sain* encore huit ans plus tard, au moment où je perdis de vue cette famille.

Une observation de Bertin est relative à un ménage syphilitique où six grossesses se terminèrent ainsi :

Première grossesse. — Avortement à six mois. — Enfant mort-né.

Deuxième grossesse. — Avortement à sept mois. — Enfant vivant huit heures.

Troisième grossesse. — Accouchement à sept mois et demi. — Enfant mort.

Quatrième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique survivant dix-huit jours.

Cinquième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant six semaines.

Sixième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant.

Un autre fait, dû à M. le Dr Mireur, est encore plus démonstratif. En voici le résumé.

Un jeune maçon contracte la syphilis et se marie au début même de la période secondaire. Il ne manque pas (cela devait être) de contagionner aussitôt sa jeune femme. — Surviennent huit grossesses dont les résultats (que l'on note bien ceci) se déroulent *suivant l'impulsion propre, naturelle, de la maladie, les deux époux restant vierges de tout traitement.* C'est donc là, prise sur le fait et pure de tout mélange, l'histoire naturelle de la maladie.

Or, ces huit grossesses se terminent de la façon que voici :

Première grossesse ; — *avortement* au cinquième mois ;

Deuxième grossesse ; — *avortement* au septième mois ;

Troisième grossesse ; — accouchement avant terme d'un enfant *mort* ;

Quatrième et cinquième grossesses ; — enfants *vivants*, mais *syphilitiques*, mourant le premier à trente jours et le second à deux mois et demi.

Sixième, septième et huitième grossesses ; — enfants *vivants* et *sains*.

De tels faits, en vérité, n'ont pas besoin de commentaires, tant ils semblent ordonnés à dessein pour démontrer que le temps atténue l'influence hérédo-syphilitique et peut même finir par l'annihiler (1).

Après avoir constaté ce premier résultat d'ordre général, essayons de serrer de plus près la question et de déterminer d'une façon plus

(1) Des résultats de tous points semblables ont été produits par le Dr Legrand, dans son intéressante monographie sur *La syphilis cause d'avortement* (thèse de Paris 1889).

précise l'*influence du temps*, ce grand effaceur de toutes choses, sur la nocivité héréditaire de la syphilis.

Or, d'un grand nombre d'observations, soit empruntées à des sources étrangères, soit personnelles, comme aussi de diverses statistiques que j'ai essayé d'instituer, il m'a paru ressortir un certain nombre d'enseignements, j'oserais presque dire de *lois*, si ce terme ne semblait pas trop ambitieux. En tout cas, voici ce que m'a paru démontrer mon enquête :

I. — C'est, d'abord, que l'INFLUENCE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE, QUI S'EXERCE D'UNE FAÇON TRÈS INÉGALE AUX DIVERS AGES DE LA MALADIE, COMPORTE UN MAXIMUM, ET UN MAXIMUM CONSIDÉRABLE, ÉNORME, QUI CORRESPOND ENVIRON AUX TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE L'INFECTION ;

II. — C'est, en second lieu, que LE MAXIMUM DE CE MAXIMUM, si je puis ainsi parler, RÉPOND AU PLUS JEUNE AGE DE LA DIATHÈSE, C'EST-A-DIRE, APPROXIMATIVEMENT, A SA PREMIÈRE ANNÉE ;

III. — C'est, enfin, qu'AU DELA DES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE LA MALADIE, LA DÉCROISSANCE DE L'INFLUENCE HÉRÉDITAIRE SE CONTINUE ENCORE LES ANNÉES SUIVANTES, MAIS D'UNE FAÇON INFINIMENT MOINS MARQUÉE.

Comparons, en effet, la *mortalité* de provenance hérédo-syphilitique aux divers âges de la maladie chez les géniteurs.

Dans l'une de mes statistiques relative à l'hérédité mixte et reposant sur un total de 239 grossesses, je vois que cette mortalité infantile s'est traduite par les chiffres suivants :

Première année (1)	88 cas.
Deuxième année	34 —
Troisième année	17 —
Quatrième année	7 —
Cinquième année	5 —
Sixième année	6 —
Septième année	5 —
Huitième année	5 —
Neuvième année	1 —
Dixième année	1 —
Onzième année	2 —
Douzième année	3 —
Dix-huitième année	1 —
Vingtième année	1 —
Total	176 cas.

(1) A dater de l'*infection maternelle* dans le mariage, infection naturellement *consécutive* à celle du mari.

Or, analysons ces chiffres ; que trouvons-nous ? Ceci :

1° Que, sur 176 morts d'enfants par hérédo-syphilis, 139 sont comprises dans les trois premières années de l'infection.

Ainsi, la mortalité des trois premières années est presque égale aux 4/5 de la mortalité totale.

2° Que la mortalité de la première année comprend à elle seule exactement la moitié de la mortalité totale.

3° Qu'une décroissance des plus marquées s'accentue ensuite, et cela de la façon suivante :

La mortalité de la deuxième année représente à peu près le tiers de celle de la première ;

Celle de la troisième représente la moitié de celle de la seconde ;

Celle de la quatrième n'équivaut pas même à la moitié de celle de la précédente.

4° Qu'en revanche, enfin, la décroissance de la mortalité, comparée d'une année à l'autre, se ralentit pour les années suivantes.

Des résultats analogues nous sont encore fournis par l'hérédité d'origine exclusivement paternelle ou maternelle, qui, l'une et l'autre, obéissent également à la loi de *décroissance de par le temps*. Ainsi, comme exemple :

Sur 21 cas de mort par hérédité syphilitique *maternelle*, 12 se sont produits dans les *trois premières années* de l'infection de la mère ; — et, sur ces 12 cas, 6 dans la *première année*.

Somme toute, il est deux faits essentiels, capitaux, qui dérivent des considérations précédentes ; et ces deux faits, sur lesquels je ne crains pas d'insister à nouveau en raison des conséquences pratiques qui s'y rattachent, sont les suivants :

1° **Il est, dans la syphilis, une période particulièrement dangereuse au point de vue de ses risques héréditaires ; — et cette période, qui s'étend environ aux trois premières années de la maladie, correspond assez exactement à ce qu'on a appelé la période secondaire ;**

2° **Dans cette période, il est une étape où l'influence héréditaire atteint un fastigium, un summum de nocivité, si je puis ainsi dire, au point de devenir alors littéralement maligne, pernicieuse pour l'embryon ; — et cette étape répond approximativement à la première année de l'infection.**

Au cours de cette *première année*, la transmission héréditaire de la maladie s'exerce d'une façon pour ainsi dire fatale, et s'exerce sous sa modalité la plus grave, à savoir : l'inaptitude à la vie, la mort à brève échéance. Cette première année est donc, au point de vue qui nous occupe pour l'instant, **l'année terrible** par excellence. Et, pour démontrer que ce mot n'a rien d'exagéré, qu'il me soit permis de citer une dernière statistique.

J'ai vu, de mes yeux vu, ceci :

90 femmes, contagionnées par leurs maris, sont devenues enceint dans la *première année* de leur syphilis. Or, à quels résultats c abouti ces 90 grossesses?

50 se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mo nés ;

38 par naissance d'enfants qui se sont rapidement éteints ;

Et 2 par naissance d'enfants qui ont survécu.

Au total, donc, *88 morts sur 90 grossesses* !

C'est à n'y pas croire, et telle est cependant la stricte, l'absol vérité.

Or, qu'on veuille bien le remarquer, cette statistique *épouvantab* j'en ai recueilli les éléments non pas à l'hôpital, c'est-à-dire s des femmes de situation sociale généralement misérable, non p dans un milieu où des conditions diverses de mauvaise hygiène, privations, de surmenage, d'ignorance ou d'indifférence, d'alcoolism de débauche, constituent autant de prédispositions à l'avortemen mais bien *en ville*, dans ma clientèle, dans des familles bourgeois sur des femmes jeunes, bien portantes pour la plupart, jouissant tous les bénéfices de l'aisance, de l'éducation, de l'hygiène, en mot, sur des privilégiées de la vie !

Quelle leçon (soit dit incidemment) à l'adresse de ces sujets indif rents, ignorants ou cyniques, qui ne craignent pas de se port candidats au mariage avec une syphilis jeune encore et féconde dangers de cet ordre !

v. — **Est-il quelque forme de la maladie qui expose pl spécialement la grossesse à une terminaison fâcheuse, nota ment à l'avortement?**

A coup sûr, l'avortement est plus inévitable dans les formes *grav* de la maladie, comme aussi dans certaines formes qui, sans comport une gravité réelle, au sens exact du mot, se montrent particulièr ment remarquables par leur tendance à affecter la vie splanchniqu à troubler les fonctions nerveuses, à constituer des perturbatio nutritives, à s'en prendre, comme on dit vulgairement, à la sant Je crois, de par expérience, que les femmes *rudement* ou *viscéraleme* éprouvées par la syphilis secondaire sont plus exposées à l'avort ment ou à l'accouchement prématuré que celles dont la maladie borne à des symptômes bénins, superficiels, et simplement extérieur

Mais, ce que je dois ajouter tout aussitôt, c'est que **toute syphili quelle qu'elle soit, comporte comme conséquence possibl l'avortement**. L'avortement d'origine syphilitique peut se produi dans *toutes les formes* de la maladie, même dans les plus légère Rien de plus commun, de plus banal, que de rencontrer des femm qui, même superficiellement éprouvées par la syphilis et n

affectées dans leur état général, dans leur santé, n'en aboutissent pas moins à la fausse couche, et cela du fait exclusif de l'infection.

Donc, je ne crains pas de le répéter, et pour cause, la règle générale, en l'espèce, doit se formuler ainsi :

Une syphilis secondaire étant donnée, quelle que soit la forme de ses accidents, voire quelle qu'en soit la bénignité, l'avortement est *toujours possible*, toujours à craindre ; — et, pratiquement, il y a toujours lieu de se tenir en garde, de tout mettre en œuvre pour conjurer cette regrettable éventualité.

Autre point à ne pas oublier.

L'avortement d'origine syphilitique ne se produit pas seulement alors que la conception ou la gestation coïncide avec telles ou telles manifestations actuelles de syphilis. Il peut tout aussi bien se produire à l'état de phénomène *isolé* et comme expression exclusive de la diathèse. C'est ainsi qu'on voit nombre de femmes avorter par le fait de la syphilis sans présenter actuellement et sans avoir présenté depuis leur grossesse, non plus qu'un certain temps avant leur grossesse, la moindre manifestation spécifique appréciable.

Donc : **l'infection syphilitique, même latente, est susceptible de déterminer l'avortement.**

A preuve, entre autres cas que j'aurais à citer, l'observation suivante, qu'il suffira d'énoncer sommairement :

Un jeune homme affecté de syphilis se marie prématurément et contamine sa femme. — Première grossesse, survenant alors que la femme présente encore des accidents syphilitiques. — Avortement. — Traitement de la femme pendant quelques mois. — Depuis lors, c'est-à-dire depuis cinq ans, *absence absolue de tout accident chez le mari et la femme.* — Et néanmoins six grossesses nouvelles ont abouti aux résultats suivants :

Fausse couche.
Fausse couche.
Fausse couche.
Enfant mort-né.
Enfant né à terme, syphilitique.
Enfant né à terme, syphilitique.

VI. — Enfin, **une syphilis antérieure à la conception expose-t-elle plus à l'avortement qu'une syphilis postérieure à la conception ?**

Nul doute à ce sujet. Une femme syphilitique qui devient enceinte est bien plus exposée à l'avortement qu'une femme enceinte qui devient syphilitique.

Ce fait ressort sans conteste de l'observation. La plupart, la grande majorité des fausses couches imputables à la syphilis sont la conséquence de syphilis contractées *avant* la conception. Il est plus rare — toutes proportions gardées (bien entendu) — qu'une fausse couche

soit déterminée par une contamination postérieure au début de la grossesse. Les femmes grosses qui prennent la syphilis courent certes de nombreux risques d'avortement ; mais elles en courent moins que si la contagion eût précédé la grossesse.

Et j'ajoute : les dangers d'avortement sont d'autant moindres pour ces dernières que la syphilis survient à une époque plus éloignée de la conception. Si la contagion s'est exercée tout à fait au début de la grossesse, il y a péril sérieux d'avortement ; — si elle se produit au-delà du quatrième ou du cinquième mois, la fausse couche est beaucoup moins à craindre ; — et, finalement, les chances d'expulsion prématurée du fœtus deviennent nulles ou presque nulles, lorsque l'imprégnation virulente est plus tardive encore, c'est-à-dire contemporaine des derniers temps de la gestation.

VII. — Mais, aussi désastreuse est l'influence de la syphilis sur la grossesse et le fœtus, aussi *merveilleuse* (oui, merveilleuse, je maintiens le mot) se montre l'action du mercure pour contre-balancer cette influence, pour l'amoindrir, la mitiger, la réduire, voire l'annihiler. Nulle part plus qu'ici le mercure ne manifeste ses effets bienfaisants. Il réalise en l'espèce des résultats qui tiennent du prodige ; et, de plus, ces prodiges, il ne les produit pas seulement de temps à autre et seulement en quelques cas, mais bien il les accomplit journellement, usuellement, presque à tout coup ; c'est là pour lui le fait habituel, c'est là presque *la règle*.

C'est qu'en effet, on peut le dire, la tendance à l'avortement est *justiciable de l'art*, alors qu'elle dérive d'une influence syphilitique. Cette tendance, cette disposition morbide, il dépend de l'art de la corriger, de l'atténuer, de la supprimer. L'art la domine, en un mot. Soumettez à un traitement spécifique telle femme qui, une ou plusieurs fois, a avorté de par la syphilis, et vous aurez toutes chances pour que cette femme, devenant enceinte derechef, *accouche à terme*, voire accouche d'un enfant vivant et sain.

Aussi bien n'est-ce pas par centaines, mais par milliers, qu'on pourrait relever dans la science des observations calquées sur le schéma que voici :

Mari syphilitique ou ménage syphilitique. — Plusieurs grossesses aboutissant soit à des fausses couches, soit à la naissance d'enfants étiolés, chétifs, affectés ou non de symptômes syphilitiques, et ne tardant pas à mourir. — A ce moment, intervention du traitement spécifique. — Et, dès lors, grossesses ultérieures donnant des enfants à terme, vivants et sains.

Positivement, en pareille occurrence, *le médecin tient en mains l'avenir de la grossesse et la vie du fœtus.*

De plus, j'ai hâte de préciser que cette action corrective, neutrali-

sante, du traitement spécifique s'exerce dans toutes les conditions possibles de provenance héréditaire, c'est-à-dire quelle que soit la source d'où dérive cette hérédité, à savoir : du père ou de la mère ou des deux géniteurs à la fois. — De cela voici la preuve.

1° Prenons d'abord l'ordre des cas les plus fréquents, ceux qu'on rencontre à tout instant dans la clientèle, à savoir ceux où la cause infectieuse procède du *père*, et du père exclusivement. Il est absolument commun que cette infection paternelle soit l'origine de fausses couches et parfois de fausses couches multiples. Eh bien, traitez le mari, et les grossesses qui surviendront *après traitement* amèneront presque sûrement à terme des enfants viables, voire le plus souvent indemnes de syphilis. — Exemples :

Une femme saine, mariée à un homme syphilitique, devient enceinte cinq fois et avorte cinq fois, sans qu'on puisse trouver une raison à ces fausses couches. On finit cependant par songer, comme cause possible de ces avortements, à la syphilis du mari, qui est soumis alors à un traitement spécifique. — Une sixième et une septième grossesses surviennent au delà et amènent des enfants à terme, bien vivants et indemnes.

Un jeune homme se marie deux ans après avoir contracté une syphilis pour laquelle il ne s'est traité que deux mois. — Sa femme reste saine et devient enceinte six fois. — Six fois elle avorte. — Alors, sur avis médical, le mari et la femme (bien que saine) sont soumis au traitement mixte (mercure et iodure) pendant une année. — Un an plus tard, nouvelle grossesse, laquelle amène un enfant vivant et sain.

2° De même, en second lieu, le traitement corrige l'*hérédité maternelle*.

Exemples :

Une femme syphilitique se marie avec un homme sain. Elle accouche, en 1885, d'un enfant syphilitique, qui meurt à trois mois. — Elle redevient enceinte en 1886. — Je la traite énergiquement pendant tout le cours de sa grossesse. Résultat : naissance à terme d'un enfant sain.

Une femme reçoit la syphilis d'un premier mari et ne se traite que d'une façon éphémère. — Devenue veuve, elle se remarie à un homme sain et conçoit de cet homme plusieurs enfants qui ou bien meurent *in utero*, ou bien naissent avec la syphilis. — Elle se traite alors d'une façon sérieuse et prolongée. — Après traitement, trois enfants sains.

3° Enfin, cette même influence ne s'exerce pas moins sur l'*hérédité mixte*.

Très communément, en pratique, on rencontre des faits se résumant en ceci :

Deux époux syphilitiques commencent par engendrer un ou plu-

sieurs enfants qui ou bien meurent avant de naître, ou bien nai syphilitiques. — Ils se traitent ; et alors les enfants qu'ils proc ultérieurement viennent à terme vivants et sains.

Exemples :

Un jeune homme, syphilitique depuis trois ans, se marie. - femme, devenue enceinte presque immédiatement après le mar ne tarde pas à présenter des manifestations spécifiques non teuses, très probablement dues à une infection conceptionnell Elle accouche d'un enfant syphilitique, lequel est affecté des acci les plus graves et n'échappe à la mort que par miracle, grâce traitement des plus énergiques. — Alors, le jeune ménage se so à un traitement intense, très méthodiquement suivi. — Survier au delà deux grossesses qui amènent deux enfants sains.

Thompson Forster a cité le cas suivant : Un homme contrac syphilis en 1862 et se marie en 1865, après ne s'être qu'insuffi ment traité. Surviennent, en 1865 et 1866, deux grossesses q terminent ainsi : la première par avortement, et la seconde par sance, à sept mois, d'un enfant qui présente des manifestations tiples de syphilis et meurt au cours de la dixième semaine. — De veuf, cet homme contracte un second mariage en mai 1872 (à-dire dix ans après le début de sa syphilis). Sa femme devient enc en juin ; bientôt elle est affectée de roséole, maigrit, s'affaibli avorte en novembre d'un enfant syphilitique. — Alors les époux se traitent. — Et deux nouvelles grossesses amènent à te des enfants bien portants.

Donc, quelle qu'en soit la provenance, l'hérédité syphilitique profondément modifiée, corrigée, voire annihilée par le traiten spécifique.

Et ce n'est pas tout. Car telle est l'importance pratique du s actuel que je me garderai de passer sous silence deux autres co dérations essentiellement propres à compléter la démonstration qu poursuis.

1° Il est des cas néfastes (on le sait de reste par ce qui précède) l'influence héréditaire syphilitique s'étend d'une façon inexorabl toute une longue série de grossesses, à quatre, six, huit, dix gr sesses, si ce n'est même parfois à un plus grand nombre. Or, on a une série ininterrompue de tels désastres être coupée net par l'int vention du traitement.

Exemple, dû à Notta :

Une femme contracte la syphilis. — Consécutivement, elle fait fausses couches, sans parvenir à amener un enfant à terme. — Al elle se soumet à un traitement mercuriel prolongé. — Deve enceinte de nouveau, elle accouche d'un enfant à terme, bien p tant, « lequel, dit l'auteur de l'observation, est actuellement âgé

cinq ans et n'a jamais présenté la moindre trace de syphilis. »

Ainsi, huit grossesses malheureuses, tant que le traitement n'intervient pas. — Puis, le traitement intervient, et tout aussitôt une grossesse se termine d'une façon heureuse. — N'est-ce pas encore ici le cas de dire : Quoi de plus probant?

2° Eh bien, il est quelque chose de plus probant encore, que voici :

C'est qu'une influence provisoire, même simplement *provisoire*, du traitement spécifique a pu quelquefois conjurer *provisoirement* les effets de l'hérédité syphilitique.

Ainsi, il peut suffire, pour qu'un enfant naisse sain de parents syphilitiques, qu'au moment de la procréation les parents se trouvent soumis à l'influence du mercure.

Quelque singulier, quelque paradoxal, quelque inexplicable surtout que paraisse un tel fait au premier abord, il n'en est pas moins authentique. Il ressort en toute évidence d'un certain nombre d'observations bien étudiées et semblant irréprochables.

Tel est, par exemple, le cas suivant, relaté par Turhmann (de Schœnfeld) et qu'on peut qualifier en l'espèce d'observation modèle :

Une femme syphilitique commence par avoir sept grossesses, pendant lesquelles elle ne se traite pas. Sept fois elle accouche d'enfants syphilitiques, qui ne tardent pas à mourir.

Devenue enceinte une huitième et une neuvième fois, elle se traite au cours de ces deux grossesses. Chaque fois elle accouche d'un enfant *sain*, bien portant.

Survient une dixième grossesse. Cette fois, cette femme, se considérant comme guérie, ne se traite pas. Elle accouche d'un enfant *syphilitique*, qui meurt à six mois.

Finalement, une onzième grossesse, dans le cours de laquelle intervient le traitement, amène un enfant *sain* (1).

Ce fait aurait été inventé de toutes pièces, imaginé théoriquement pour les besoins de la cause, qu'en vérité il ne pourrait être plus démonstratif (2).

Conclusion pratique. — Acceptons donc ceci comme règle de conduite dérivant des considérations qui précèdent :

Il y a obligation pour le médecin à prescrire le traitement spécifique (et c'est ici le *mercure* qui constitue le remède par excellence, l'iodure de potassium étant bien loin de présenter les mêmes garanties de succès) dans les diverses conditions suivantes :

(1) Voy. *Gazette médicale*, 24 juin 1843.

(2) Pour ma part, j'ai dans mes notes quelques observations de même genre, relatives à des parents syphilitiques qui ont engendré tour à tour des enfants sains à l'époque où ils s'étaient préalablement soumis à un traitement spécifique, et des enfants syphilitiques durant une période où ils ne se traitaient plus.

Le même fait a été également remarqué par Kassowitz, par Taylor, et d'autres médecins. — Voy. *Syphilis et mariage*, 11e édit., p. 211.

1° Au cours de toute grossesse survenue sur une femme affectée de syphilis secondaire;

2° Au cours de toute grossesse survenue (n'importe l'âge de l'infection) sur une femme dont la syphilis peut être jugée non éteinte (par exemple, en raison d'un traitement insuffisant ou d'accidents spécifiques de date peu distante);

3° Au cours de toute grossesse survenue sur une femme même saine, mais issue d'un homme à syphilis récente ou bien à syphilis pouvant être jugée non éteinte;

4° Au cours de toute grossesse survenue sur une femme syphilitique ou même sur une femme saine, mais conjointe d'un mari syphilitique, si cette femme a déjà fait une ou plusieurs fausses couches non motivées et non dûment motivées par une cause autre que la syphilis (1).

Prescrire le mercure en pareil cas est, je ne saurais assez le dire, un *devoir professionnel* pour le médecin, en vue de sauvegarder la grossesse et l'enfant.

Comme digression, qu'on me pardonnera en raison de l'importance du sujet, j'ajouterai même ceci :

Il n'est pas très rare de rencontrer en pratique des femmes qui font des fausses couches multiples *sans raison*, au point de sembler incapables de mener une grossesse à terme. Vainement on s'efforce de rechercher la syphilis chez ces femmes, et on ne la trouve pas. Vainement on s'efforce aussi de rechercher la syphilis chez leurs maris, et on ne la trouve pas davantage. Eh bien, en pareille occurrence, le médecin est-il autorisé à tenter *quand même* et à titre d'essai le traitement spécifique? Depaul n'hésitait pas à conclure par l'affirmative, et je me souviens lui avoir entendu dire plusieurs fois ceci : qu'après une série de fausses couches auxquelles on n'a pu trouver de cause, le médecin est autorisé à *prescrire empiriquement la médication spécifique*, médication d'ailleurs inoffensive quand elle tombe à faux, pourvu qu'elle soit prudemment instituée. Nul doute, me semble-t-il, que cette pratique de Depaul ne soit rationnelle et légitime. Elle a été acceptée par nombre d'accoucheurs contemporains, tels que MM. Tarnier (2), Pinard, Budin, Porak, Ribemont-

(1) J'ai dû me borner ici à un énoncé sommaire des indications du traitement mercuriel au cours de la grossesse. Pour une étude plus approfondie de cette importante et très complexe question, force m'est de renvoyer le lecteur à mon livre sur *L'hérédité syphilitique*. Paris, G. Masson, 1891.

(2) « Pour ma part, mon siège est fait sur ce point, me disait, ces derniers jours encore, mon éminent collègue et excellent ami le professeur Tarnier. Lorsqu'une femme a fait plusieurs fausses couches et que je ne trouve, après examen complet, aucune raison à ces fausses couches répétées, je mets en cause la syphilis et prescris empiriquement le traitement spécifique tant à la femme qu'à son mari ; et je le prescris alors même que les antécédents du mari et de la femme sont absolument muets, négatifs, par rapport à la syphilis. Et bien m'en a pris d'adopter

Dessaignes, Maygrier, Bar, etc. Elle a fourni de bons, d'excellents résultats. Pour ma part, je la préconise depuis plus de vingt ans.

VIII. — Le traitement mercuriel de la syphilis au cours de la grossesse est bien loin d'avoir été toujours agréé des médecins et des accoucheurs. De nos jours même il n'a pas trouvé grâce devant certains praticiens. Besoin est donc de répondre aux objections qu'on lui a opposées.

La doctrine ancienne était de *ne pas traiter les femmes syphilitiques en état de grossesse*. De parti pris et au nom des principes, on ne les traitait pas, parce que l'on considérait le mercure comme « un abortif »; tout au plus les plus hardis consentaient-ils à les traiter « quand une grossesse un peu avancée semblait pouvoir donner l'espérance qu'elle résisterait à l'action abortive du mercure ». Si bien que, lorsqu'une malheureuse syphilitique en état de grossesse venait implorer le secours de son médecin, celui-ci se bornait à lui donner le peu consolant avis « qu'on ne pouvait rien pour elle quant à présent, et qu'elle eût à patienter jusqu'à une époque voisine de son accouchement, voire jusqu'après son accouchement ».

A ce point de vue, une observation que nous a léguée Mauriceau est des plus curieuses et des plus instructives, parce qu'elle traduit avec une vérité photographique l'état des esprits et des doctrines médicales à l'époque où exerçait le grand accoucheur. La voici en abrégé :

Une jeune femme de vingt ans, ayant eu « la maladie vénérienne », était accouchée avant terme d'un enfant mort et « tout pourry de vérole ». — Devenue enceinte une seconde fois en l'an 1660, elle fut prise, vers le troisième mois de sa grossesse, « de quantité d'ulcères malins sur tout le corps et particulièrement aux deux mamelles ». Appréhendant que lesdits ulcères ne se convertissent en *cancer* avant qu'elle eût atteint le terme de sa grossesse et voulant porter son enfant à bien, elle résolut de « *risquer sa vie* » en cet état pour se faire traiter. « Elle communiqua donc son dessein à trois ou quatre chirurgiens, ne leur célant pas qu'elle était grosse, lesquels ne voulurent jamais la traiter pour ce sujet, nonobstant qu'elle les en requît et qu'elle leur promît de bien les payer. Chacun d'eux luy dit que sa conscience y serait engagée, s'il le faisait en l'état qu'elle estait, et qu'il serait bien à propos qu'elle *patientât* au mieux qu'elle pourrait jusques à ce qu'elle fût accouchée ; après quoy ils l'entreprendraient volontiers ». Si bien que, voyant qu'elle ne trouverait personne pour la traiter dans l'état où elle se trouvait, elle prit le

cette pratique, car j'ai vu nombre de cas où, après ce double traitement et, sans nul doute, de par ce traitement, des femmes éprouvées par une série de fausses couches d'origine indéterminable ont mené leurs grossesses à terme et donné le jour à des enfants vivants, sains, bien portants. » (Communic. orale.)

parti de s'adresser à un autre chirurgien, auquel elle *dissimula soigneusement sa grossesse*, « qui, pour n'estre que de trois mois, ne paraissait pas pour lors ». Celui-ci, trompé, la traita en la manière ordinaire, la fit saliver, et la guérit... » Aussi, quand elle vint à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches, je l'accouchay à terme d'un enfant sain, aussi gros et gras et aussi sain que si sa mère n'eût jamais eu en tout son corps aucune tache de cette maladie (1), etc. »

Ainsi, en 1660, une femme syphilitique ne trouvait pas un chirurgien pour la traiter par ce fait même qu'elle était enceinte!

Il est vrai, soit dit à la décharge de nos arrière-aïeux, que, deux siècles plus tard, en 1840, un chirurgien éminent soutenait, et cela à la tribune de l'Académie de médecine, la néfaste doctrine d'après laquelle « la syphilis abandonnée à elle-même ne serait pas une cause d'avortement aussi puissante qu'on le croit, et que l'avortement se produit surtout sur les femmes traitées par le mercure »! Il est non moins vrai que, de nos jours même, ce préjugé n'est pas absolument éteint et que certains de nos confrères ou bien se refusent à soumettre au mercure une femme enceinte ou bien ne se résignent à lui administrer ce remède qu'à doses assez minimes pour rester sans effet.

Venons au fait. Somme toute, que craint-on donc du mercure par rapport à la grossesse? Trois griefs lui sont surtout imputés, à savoir :

I. — « Il court risque, dit-on, de produire l'avortement; et la preuve, c'est qu'on voit avorter des femmes qui ont pris ou qui prennent actuellement du mercure ». — Sans doute, répondrai-je,

(1) Et l'éminent accoucheur ajoute :

«... Cet exemple, qui est très véritable, nous fait connaître qu'on peut bien traiter de la vérole la femme grosse...; car c'est sans contredit que, si cette femme n'en eût été pansée, elle eût accouché cette seconde fois d'un enfant corrompu, comme elle avait fait la première. Récitant un jour cette histoire à un chirurgien de mes amis, il me dit qu'il avait aussi vu la mesme chose réussir à deux différentes personnes, qui en avaient été fort bien guéries, dont les enfans estaient pareillement bien venus à terme, sans avoir eu dans tout leur corps aucune impression de ce venin. Et je suis témoin oculaire de trois autres différentes femmes grosses, que MM. de la Bastie et Ruffin, mes confrères, ont traitées de la sorte, lesquelles ont esté pareillement bien guéries et sont accouchées heureusement d'enfants qui se portaient bien.

«... Je sçay bien que plusieurs personnes auront de la peine à se persuader non seulement qu'il soit possible de guérir une femme de la vérole pendant qu'elle est grosse, mais aussi qu'elle et son enfant en puissent supporter les remèdes, sans les exposer l'une et l'autre au *danger presque inévitable de la mort*; néanmoins les expériences que j'en ay vues font que je ne suis pas de leur sentiment... Il est aisé de se persuader que les femmes peuvent bien résister à ces remèdes quoique grosses, puisque nous en voyons très souvent avoir des fièvres continues pendant des douze et quinze jours, et d'autres maladies aiguës, pour raison de quoy elles sont saignées des neuf et dix fois et usent de plusieurs autres remèdes selon que la nécessité le requiert, lesquelles, nonobstant tout cela, ne laissent pas quelquefois de porter leur enfant jusqu'à terme et d'en accoucher aussi heureusement que si elles n'avaient eu aucun accident. » (MAURICEAU, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, 3e édit., 1691, p. 174 et suiv.)

on voit des femmes syphilitiques avorter après ou pendant un traitement par le mercure. Mais que prouve cela ? L'avortement s'est-il produit, en pareil cas, du fait ou en dépit du mercure ? On accuse le remède, mais pourquoi ne pas s'en prendre plutôt à la maladie ? Car le pouvoir abortif du remède n'est qu'une pure hypothèse, tandis que le pouvoir abortif de la maladie est une réalité. Inculper le mercure et innocenter la syphilis est contraire à toute logique, alors surtout que de l'observation dérive ce triple enseignement, à savoir : que la syphilis est un facteur énergique d'avortement ; — que quantité de femmes syphilitiques avortent sans avoir jamais absorbé un atome de mercure ; — que très fréquents sont les cas où une série de fausses couches prélude au traitement mercuriel pour être suivie de grossesses normales après mercurialisation, etc.

Au surplus, inutile d'insister sur ce point, qui ne supporte plus discussion. La science est fixée à cet égard, et je conclurai en disant :

1° Le mercure ne réussit pas toujours à conjurer l'avortement chez les femmes syphilitiques ou dans les grossesses issues d'un géniteur syphilitique ; — mais rien ne démontre qu'il y contribue jamais, alors, bien entendu, qu'il est administré sagement, à doses thérapeutiques, à doses non susceptibles de développer des phénomènes d'intoxication.

2° Loin d'être un abortif en pareille occurrence, le mercure constitue, tout au contraire, l'agent prophylactique par excellence de l'avortement.

II. — « Le mercure, a-t-on dit en second lieu, est dangereux par les *troubles gastriques* qu'il peut ajouter à ceux de la grossesse. »

Oui, sans doute, il pourrait être dangereux de la sorte par imprudence ou inexpérience du médecin, par excès de doses, par mauvais choix du composé mercuriel, etc. Mais, administré d'une façon prudente, sagace, à doses proportionnées à la tolérance individuelle, il ne court pas plus risque d'offenser les fonctions gastriques qu'en état de vacuité de l'utérus. Par exemple, le protoiodure, préparation douce, est généralement bien toléré par les femmes enceintes, à la dose quotidienne de 5 centigrammes, au besoin divisée en deux prises.

Que si, d'ailleurs, la médication interne paraissait déterminer ou exagérer des troubles gastriques, resterait toujours la ressource des méthodes externes, frictions ou injections. La méthode des frictions, en particulier, a été vivement préconisée par quelques médecins comme spécialement favorable au traitement de la syphilis pendant le cours de la gestation.

III. — En troisième lieu, on a supposé, cela sur des vues théoriques, que le mercure pouvait être dangereux « en ajoutant son *action anémiante* propre à l'anémie, à l'hydroémie de la grossesse ». Eh bien, jamais, quant à moi, je n'ai vu l'anémie de la grossesse s'accroître

par le fait d'un traitement mercuriel prudemment administré. Et, d'autre part, quant à l'anémie spécifique, il est aujourd'hui reconnu qu'elle a son véritable remède, son spécifique, dans le mercure. On a dit avec toute raison qu'au point de vue des phénomènes de déglobulisation « *le mercure est le fer de la vérole* ».

Donc, en définitive, aucune objection sérieuse ne contre-indique le traitement mercuriel au cours de la grossesse; — et, d'autre part, ce traitement constitue, je ne crains pas de le répéter encore, la meilleure sauvegarde pour l'enfant.

IX. — Enfin, la syphilis est-elle l'origine de quelque complication relativement à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches?

I. — Je n'ai plus à répéter, après ce qui précède, que la syphilis menace et menace très gravement la grossesse de par les risques d'avortement ou d'accouchement prématuré qui dérivent de son influence sur le fœtus et sur la mère. Cela n'est que trop démontré par expérience journalière.

J'ajouterai seulement qu'elle la menace aussi par l'intermédiaire d'un autre accident, à savoir l'**HYDRAMNIOS**. Déjà et de très vieille date, dans mes Leçons de Lourcine, j'avais émis cette idée que l'hydramnios est d'observation trop fréquente chez les femmes syphilitiques pour n'être pas en relation de causalité avec la syphilis. Depuis lors, cette relation a été démontrée par une foule d'observations; elle est, je puis le dire, généralement acceptée de nos jours. — Je me borne ici simplement à signaler ce fait, dont l'étude trouvera place dans une autre partie de cet ouvrage.

II. — Il n'est pas impossible que la syphilis apporte un trouble à l'évolution mécanique de l'accouchement, et cela pour des raisons diverses telles que: hydramnios; — dystrophies et monstruosités fœtales (telles que l'hydrocéphalie, par exemple) pouvant résulter de l'hérédité spécifique (1); — rigidité du col, pouvant dériver d'un chancre utérin (2), etc.

Mais ce ne sont là que des accidents rares, et il ne sera pas inutile de spécifier en particulier que les plus communes de toutes les manifestations secondaires génitales, à savoir les syphilides vulvaires, n'ont jamais apporté le moindre obstacle ni par elles-mêmes ni par leurs cicatrices aux phénomènes mécaniques de la dilatation (Professeur Pinard et Dr Wallich, *note communiquée*).

III. — Quant aux suites de couches, les femmes syphilitiques sont-elles plus exposées que d'autres aux accidents et aux dangers multiples de la puerpéralité? — Oui, mais dans une bien faible mesure. — Détaillons.

(1) Voy. *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, par Edmond Fournier, thèse de Paris, 1898.

(2) Voy. p. 130.

1° On les avait dites sujettes à une *hyperthermie post partum* exclusivement imputable à leur état de syphilis, c'est-à-dire à une sorte de fièvre syphilitique déterminée par l'accouchement. Le fait est exact en ce sens qu'on voit parfois des femmes syphilitiques être prises, quelques jours après la parturition, d'accidents fébriles intermittents ou continus, « qu'après mûr examen force est de rapporter à la syphilis par absence de toute autre cause ». Mais quelle est la fréquence de tels cas? Primitivement, on l'avait fort exagérée; puis, par réaction, on l'a fort abaissée. Le Dr Cousin l'évalue approximativement à 6 ou 7 p. 100. — Cette fièvre, au reste, n'a jamais présenté de gravité.

2° Théoriquement on était presque autorisé à croire que les *métrorrhagies* puerpérales doivent être plus ou moins fréquentes chez les femmes syphilitiques, cela en raison des altérations subies par le sang et des modifications survenues dans l'état général. L'expérience n'a pas confirmé cette prévision. Certes, on a bien cité quelques cas où des métrorrhagies de cet ordre survenues chez des femmes syphilitiques n'ont pu être imputées qu'à la syphilis; mais c'est là un genre d'accidents tout à fait rare.

3° Il semblerait de même, et pour des raisons semblables, que la syphilis dût être une prédisposition aux *phlegmasies péri-utérines* et aux accidents d'*infection*. En réalité, il n'en est rien, et ces complications ne paraissent que bien faiblement supérieures en fréquence chez les femmes syphilitiques à ce qu'elles sont chez les autres femmes.

C'est même un fait curieux que de voir des malades présentant, au moment de leurs couches, d'abondantes plaques muqueuses génitales, c'est-à-dire offrant à la vulve de larges surfaces suppurantes, échapper aux accidents d'infection (1). Et, bien sûrement, ce n'est pas à l'antisepsie que cette immunité est toujours due; car très souvent on a observé ce fait sur de malheureuses femmes ayant accouché chez elles en dehors de tous soins médicaux, de toute hygiène, de toute précaution antiseptique, et cela alors qu'elles avaient les organes génitaux criblés de plaques muqueuses. « Les plaques muqueuses sont donc moins redoutables au point de vue de l'infection qu'on ne serait tenté de le croire. » (Cousin.)

« Toutefois, la syphilis exerce une action *indirecte* sur les suites de couches, alors qu'elle a déterminé la mort du fœtus et ouvert l'œuf... Dans ce cas, en effet, et cela qu'il s'agisse d'avortement, d'accouchement prématuré ou d'accouchement à terme, la délivrance reste presque toujours incomplète, et la caduque est retenue dans l'utérus, d'où elle ne s'élimine qu'avec lenteur. Or, pendant les lenteurs de cette élimination, cette caduque morte offre un terrain très favo-

(1) Voy. plusieurs faits de ce genre relatés dans la thèse du Dr Cousin (*Etude sur les suites de couches des syphilitiques*. Bordeaux, 1891).

rable et sans résistance à la pullulation des micro-organismes. Aussi bien [comme cela a été démontré par les chiffres de Brion (1) recueillis dans le service de M. le Professeur Pinard], la morbidité et la mortalité deviennent-elles plus accentuées pendant les suites de couches chez les femmes ayant eu une grossesse affectée dans son évolution par le fait de la syphilis. » (Dr Wallich.)

IV. — Quelques mots en particulier sur l'avortement syphilitique.

On sait que cet avortement diffère à trois titres des avortements d'autre provenance, à savoir : 1° parce qu'il amène de beaucoup le plus souvent (4 fois sur 6 environ) un *fœtus mort et macéré*, tandis que, dans les avortements d'un autre ordre, le fœtus est expulsé vivant d'une façon bien plus fréquente (2) ; — 2° parce que les *hémorrhagies antérieures* à l'expulsion du fœtus y sont rares, tandis qu'elles sont communes et parfois intenses dans les avortements d'un autre ordre ; — 3° parce que la *délivrance* y est spontanée et relativement facile.

Aussi bien l'avortement syphilitique est-il ce qu'on peut appeler un AVORTEMENT HEUREUX, en ce sens qu'il ne comporte qu'une mortalité de 2 p. 100, tandis que la mortalité des avortements d'autre provenance est de 3,39, en général (3).

« Et cependant il n'est pas à considérer comme un avortement sans gravité. Car, 9 fois sur 52 cas, il a comporté des suites de couches pathologiques. Une fois même il a déterminé la mort. » (Wallich) (4). Or, je le répète, le danger qui lui est inhérent procède de la *mort du fœtus antérieure à l'expulsion*. « Car si, l'enfant étant mort, l'œuf vient à se rompre, le fœtus se putréfie rapidement, et, pour peu que l'expulsion tarde alors à se faire ou à être provoquée, on peut voir se produire des accidents de septicémie extrêmement graves. »

V. — Rien à dire sur l'involution utérine, qui ne semble nullement influencée par l'état syphilitique.

X. — Enfin, réciproquement, l'accouchement exerce-t-il une influence sur l'évolution et l'allure de la syphilis ?

On a dit que l'accouchement constitue un « traumatisme génital

(1) BRION, *Étude critique sur 530 cas d'avortement*, thèse de Paris, 1892.

(2) Ainsi, dans la statistique du Dr Brion, nous trouvons ceci :

Avortements terminés par expulsion de fœtus vivants et morts.

	Fœtus vivants.	Fœtus morts.
Avortements par insertion vicieuse.....	48	15
— par syphilis.....	10	40

(3) On sait d'ailleurs que, d'une façon générale, l'avortement comporte des dangers sérieux et une mortalité plus considérable que celle de l'accouchement prématuré ou à terme.

(4) Dr VALLICH, *De l'avortement dans la syphilis* (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1893).

susceptible de réagir sur la syphilis à la façon des traumatismes vulgaires », c'est-à-dire de déterminer des accidents nouveaux, des poussées nouvelles, voire « d'imprimer à l'évolution ultérieure de la maladie une allure plus accentuée et plus sérieuse ». Comme témoignages, on a cité des cas où l'on a vu la délivrance être suivie soit immédiatement (c'est-à-dire à distance de quelques jours) de poussées nouvelles avec fièvre, roséole, céphalée, plaques muqueuses, etc., soit, à échéance plus distante, d'accidents plus ou moins sérieux.

Je demanderai d'abord si de tels faits ont bien la signification qu'on leur prête. En second lieu, ils sont certainement rares, et je les tiens même pour contraires aux résultats usuels de l'observation. Il est exceptionnel en effet, au moins d'après ce que j'ai vu, que la terminaison de la grossesse soit l'occasion d'une poussée nouvelle de la maladie et surtout d'une poussée traduisant ou semblant traduire une exacerbation, une aggravation de l'état infectieux.

Bien plus habituellement, au contraire, de deux choses l'une :

Ou bien la terminaison de la grossesse ne se signale par quoi que ce soit d'appréciable, c'est-à-dire reste *indifférente* sur l'évolution morbide ;

Ou bien elle correspond (alors surtout que la grossesse a été plus ou moins incidentée par diverses manifestations) à une sorte de *détente*, de sédation, de mieux-être local et général.

« Localement, d'abord, comme je le disais dans l'une de mes Leçons de Lourcine, la terminaison de la grossesse a pour effet de permettre aux syphilides vulvaires (s'il en existe à cette époque) de se résoudre et de se cicatriser comme à l'état de vacuité utérine. On sait que ces syphilides se montrent singulièrement tenaces et rebelles pendant la gestation ; or, inversement, dès l'instant de la délivrance, elles redeviennent ce qu'elles sont normalement, c'est-à-dire bénignes et rapidement curables. — Puis, et ceci surtout est le point essentiel à noter, l'état général se modifie parfois d'une façon des plus hâtives et des plus remarquables dès l'instant de la délivrance. Les forces se relèvent, le teint se ranime, l'appétit se réveille, l'éréthisme nerveux se calme, bref l'ensemble de l'habitus témoigne d'un mieux-être évident. On dirait une convalescence succédant à un état morbide plus ou moins sérieux. En un mot, dégagée de la complication d'une grossesse, la syphilis prend tout aussitôt une allure autre, une forme plus bénigne, et, sans perdre en rien ses droits pour l'avenir, subit du moins pour le présent une sédation marquée.

« Comme exemple de ce retour à la santé consécutivement à l'évacuation de l'utérus, je vous citerai le fait d'une malade que vous pourrez voir dans nos salles. Cette femme est entrée ici, il y a quelques semaines, pour des accidents assez sérieux de syphilis secondaire, compliqués d'une grossesse de quatre mois. Sans parler de syphilides cutanées et muqueuses assez confluentes, elle était

affectée de troubles nerveux et viscéraux multiples : céph
névralgies et douleurs névralgiformes, algidités périphéri
analgésie, fièvre spécifique de type continu, asthénie fonctio
générale, pâleur excessive, anémie profonde, inappétence ab
intolérance gastrique, vomissements, palpitations, hystéralgie
Dans un tel état, l'avortement était plus que probable ; il était pr
fatal. Et, en effet, il ne tarda pas plus de trois semaines
produire. Or, à peine délivrée, la malade commença à se tr
mieux ; elle reprit presque immédiatement un certain air de
La fièvre s'apaisa, les troubles gastriques s'amendèrent, les
festations spécifiques, jusqu'alors rebelles pour la plupart, sul
une atténuation parallèle ; si bien qu'en l'espace d'une quinzaine
morbide se transforma du tout au tout. Cette femme était séri
ment affectée il y a quelques semaines; vous la trouverez pr
bien portante aujourd'hui. »

I

Ce qui précède comprend l'exposé de tous les accidents dont l'ensemble compose ce que, conventionnellement, on appelle la syphilis secondaire.

Diverses questions d'ensemble et d'ordre plus général réclament actuellement notre attention.

I. — **La période secondaire est-elle fatale, obligatoire, dans l'évolution de la syphilis ?** C'est-à-dire : tout sujet qui contracte la syphilis est-il astreint obligatoirement à présenter tels ou tels des accidents dits secondaires ; ou bien peut-il franchir cette période secondaire en échappant à tous les accidents qui lui sont propres, pour aboutir directement à ceux d'une période plus reculée et d'ordre tertiaire ?

Cette question ne comporte pas une réponse unique, car divers ordres de cas doivent être ici distingués, à savoir : tout d'abord, ceux qui ont été abandonnés à leur évolution propre sans intervention du traitement spécifique ; — et ceux où, tout au contraire, un traitement préventif a été mis en œuvre dès le début de l'infection.

1. — Pour les premiers, l'entrée en scène de symptômes secondaires peut être dite *fatale* à la suite du chancre. (Réserve faite ici pour un ordre spécial de cas où l'invasion des accidents généraux se traduit d'emblée et dès les premières semaines par des manifestations d'ordre tertiaire. Les cas de ce genre composent ce qu'on appelle la *Syphilis maligne précoce* ou, mieux, la *Syphilis tertiaire d'emblée*. Ils ne sont pas en cause pour l'instant.)

La proposition que je viens d'énoncer ne laisse pas, certes, d'être contredite par les témoignages de nombreux malades. Il n'est pas rare, en effet, d'être consulté, à propos de manifestations indubitablement tertiaires, par des sujets qui déclarent avoir eu « un chancre » à telle ou telle époque, mais rien qu'un chancre, ne s'être pas traités et n'avoir été affectés d'aucun des accidents qui composent la syphilis secondaire. (Il n'est même pas très rare, d'ailleurs, de rencontrer des sujets qui, dans les mêmes conditions, renient tout accident antérieur, voire jusqu'au chancre.)

Mais on sait par expérience ce que valent les dépositions des malades en pareille matière et à quelles erreurs on serait conduit si l'on devait les accepter sans contrôle. En l'espèce, de telles dépositions

sont plus que suspectes ; je les déclare erronées, insignifiantes, non avenues, et je suis autorisé à les considérer pour telles de par les deux excellents motifs que voici :

1° C'est, d'abord, que, de l'aveu général, bon nombre des accidents secondaires sont merveilleusement faits pour passer inaperçus en raison de leur bénignité habituelle et de leur caractère spontanément résolutif, comme aussi pour être facilement confondus avec des symptômes d'ordre vulgaire. — De cela nous avons eu maintes preuves dans ce qui précède.

2° C'est, en second lieu, que les accidents secondaires ne font jamais défaut à la suite du chancre (ceci toujours en l'absence de traitement) alors que les malades sont sérieusement et médicalement observés. Il m'est arrivé des centaines de fois, pour une raison ou pour une autre, d'être forcé de différer l'administration du mercure pour un temps plus ou moins long sur des malades affectés de chancres que j'avais jugés dûment syphilitiques ; or, j'en suis encore à trouver un cas où l'invasion secondaire ait fait défaut à la suite d'un tel chancre non soumis au traitement spécifique.

L'expérience est acquise sur ce point.

Donc, sans insister davantage, je conclurai en affirmant que toute syphilis abandonnée à elle-même aboutit, consécutivement au chancre, à une étape qui se caractérise par l'ordre des accidents dits secondaires.

II. Mais le malade, je suppose, s'est traité, énergiquement traité dès le début du chancre, et il continue à se traiter de même au delà. Dans ces conditions, peut-il échapper à l'ordre des accidents secondaires ?

Oui ; cela s'est vu. On a cité des cas dans lesquels des sujets, ayant été soumis dès l'invasion du chancre au traitement spécifique et ayant continué à se traiter de la sorte pendant un temps plus ou moins long, n'ont jamais présenté le moindre symptôme d'ordre secondaire.

Mais les cas de cet ordre ne constituent qu'une exception tout à fait rare. Presque toujours, en effet, quoi qu'on fasse, la syphilis secondaire la mieux traitée, la plus énergiquement traitée, ne laisse pas de se traduire par quelques symptômes, symptômes assurément amoindris comme nombre et atténués comme forme, mais non moins authentiques pour cela comme nature. Ainsi qu'on l'a dit, toute syphilis, si bénigne soit-elle, si bien traitée soit-elle, a toujours « quelques éclaboussures secondaires » ; et heureux même les sujets qui en sont quittes à ce prix.

II. — **La syphilis secondaire est-elle toujours semblable à elle-même d'un sujet à un autre ?**

Non, certes, et tant s'en faut. — Il est bien vrai que, dans ses

formes moyennes et bénignes, qui, de beaucoup, sont les plus usuelles, elle se traduit presque toujours par le même ordre de manifestations, à savoir : roséole, papules cutanées, plaques buccales, adénopathies, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, léger éclaircissement de la chevelure, etc. ; d'où il suit que les syphilis de ce genre se ressemblent toutes plus ou moins. Mais il est non moins certain que la syphilis secondaire, comme nous le verrons bientôt, est susceptible de formes très variées, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus sévères, et que des différences considérables surgissent alors entre ces divers types.

Comme préambule à la question que nous allons débattre, est-il besoin de dire qu'une syphilis secondaire ne se compose jamais, au grand jamais, de la totalité des symptômes qu'elle serait capable de produire ? Ces symptômes, elle n'en comporte jamais, dans un cas donné, qu'une partie, une très faible partie. Or, cette partie est essentiellement variable d'un cas à un autre comme choix, comme *qualité* d'accidents, si je puis ainsi parler.

Nombre de malades, dans le récit rétrospectif de leur syphilis secondaire, se plaisent à dire qu'ils ont eu « tout ce qu'on peut avoir ». Prétention non justifiée et propos sans valeur. En réalité, si grave soit l'étape secondaire, si chargée puisse-t-elle être en accidents, elle n'inflige jamais à ses victimes qu'une fraction, une simple fraction de la somme intégrale des manifestations qui composent son bilan.

Or, d'autre part, la *qualité* de ces manifestations est éminemment sujette à variétés. Chez tel malade, par exemple, on observera une roséole, et, chez tel autre, une syphilide papuleuse, papulo-croûteuse, ou polymorphe ; — sur celui-ci, une alopécie notable, et, sur celui-là, des onyxis ; — ici, une iritis, et là des périostites ou des myosalgies ; — dans un cas, des céphalées intenses, et, dans un autre, des poussées fébriles ; — dans un troisième, des troubles nerveux, et, dans un quatrième, des troubles généraux de nutrition, etc., etc.

L'exemple suivant précisera mieux encore ces différences. Il est des syphilis secondaires où les éruptions cutanées abondent, surabondent, et se montrent triplement remarquables par leur confluence, leur intensité et leurs répétitions, alors que tous symptômes d'un autre ordre sont à la fois rares et légers. Ces syphilis ont même reçu un nom particulier ; on les appelle des syphilis **tout en dehors**. — Et, inversement, il en est d'autres où les manifestations cutanées sont rares, discrètes, superficielles, absolument bénignes, alors qu'y prédominent, au contraire, des troubles variés des systèmes splanchniques. — Quelle diversité de phénomènes et quelle variabilité de physionomie clinique !

Incidemment, j'ajouterai tout aussitôt que les raisons qui incitent de la sorte la syphilis secondaire à faire élection de tels symptômes

et non de tels autres, les raisons qui dirigent ses décharges ve
système organique de préférence à tel autre, sont loin de po
être spécifiées. Nous en connaissons bien quelques-unes assuré
telles que l'excitation buccale du tabac, qui appelle les syphilide
la muqueuse buccale ; — l'alcoolisme, qui multiplie et intensif
syphilides cutanées ; — les prédispositions héréditaires, qui réag
suivant leur modalité propre ; — le tempérament nerveux, qui é
les névroses, qui en crée même de toutes pièces ; — et quelques a
aussi qui ont été signalées précédemment dans les divers cha
auxquels elles sont afférentes. Mais, pour quelques-unes qui ont p
déterminées, combien d'autres nous échappent encore ! Quell
la raison, par exemple, de l'iritis, des onyxis, des périostites
ténosites, des myosalgies, de la céphalée, des poussées fébriles,
typhose, et de tant d'autres manifestations secondaires ? Quelle
disposition spéciale inflige à tel sujet la syphilide palmaire
exempte tel autre ? Pourquoi, chez celui-ci, la chevelure reste-
indemne, tandis qu'elle est décimée chez celui-là ? Etc., etc. — T
ces variétés, toutes ces diversités et inégalités symptomatologi
nous ne faisons encore que les constater cliniquement, sans
l'ombre d'une interprétation plausible à leur attribuer.

Quoi qu'il en soit, un autre fait reste constant : c'est l'*extrême
galité de fréquence* des divers accidents secondaires, dont les uns
extraordinairement communs, les autres simplement usuels, d'a
plus rares, d'autres décidément rares, d'autres, enfin, tout à
exceptionnels, etc.

Si bien que de cette variabilité possible de symptômes clini
dérivent pour la maladie des modalités différentes, modalités
tituant sans exagération de véritables *formes morbides* et suscept
d'être caractérisées comme il va suivre.

II

FORMES DIVERSES DE LA SIPHILIS SECONDAIRE.

Si diverses et si complexes puissent être les combinaisons sui
lesquelles les manifestations extrêmement multiples de la syp
secondaire sont susceptibles de s'associer et de se grouper, il
pas impossible néanmoins de les astreindre à une certaine classi
tion. Assez naturellement, je crois, on parvient à les réparti
cinq groupes, de la façon suivante :

1° Forme *moyenne* ou *commune* ;
2° Forme *légère* ;
3° Forme *sévère* ;

4° Forme *nerveuse* ;

5° Forme *légère récidivante*.

Chacune de ces formes a son allure, sa physionomie propre, comme on va le voir.

1° La FORME MOYENNE est de beaucoup la plus fréquente. C'est elle qu'on rencontre journellement et en grand nombre soit en ville soit à l'hôpital ; c'est elle qui constitue le type usuel, courant, de la syphilis secondaire.

Elle consiste dans l'association ou la succession des divers symptômes que voici : roséole (manifestation presque fatale, tant elle est usuelle) ; — syphilide papuleuse, de confluence au plus moyenne et de modalité éruptive bénigne ; — papules isolées, sur tels ou tels points (scrotum, verge, lisière du cuir chevelu, face palmaire des mains, etc.) ; — éruption acnéiforme discrète du cuir chevelu ; — alopécie légère et non durable ; — adénopathies cervicales, mastoïdiennes, péripharyngées ; — douleurs vagues des membres ou de la tête, notamment en coïncidence avec l'explosion secondaire ; — et surtout, par-dessus tout, comme manifestations de fréquence ultra-prédominante, comme manifestations souvent plus communes à elles seules que toutes les autres réunies, *plaques muqueuses buccales*, d'ailleurs variables d'intensité et de récidivité suivant les habitudes tabagiques du malade.

Tel est, je le répète, le bilan usuel de la syphilis secondaire, et telle en est la physionomie dans ses formes de beaucoup les plus communes.

2° FORME LÉGÈRE. — Celle-ci n'est que l'atténuation du type précédent.

Ce qui la caractérise est ceci :

Petit nombre de manifestations ; — et manifestations du type le plus mitigé, telles que : syphilides de modalité érythémateuse, à peine semées de quelques papules ; — croûtelles du cuir chevelu, avec alopécie insignifiante ou presque nulle ; — quelques adénopathies, assez légères pour passer le plus souvent inaperçues ; — et surtout encore plaques muqueuses, notamment l'inévitable plaque muqueuse buccale dérivant du tabac.

A ce dernier propos, je dirai même qu'il est nombre de malades pour lesquels la syphilis consiste presque exclusivement en ceci : la plaque muqueuse buccale. Que de fois n'ai-je pas entendu mes clients me dire : « Mais la vérole, docteur, ce ne serait rien sans ces maudits accidents de la bouche, dont on ne vient jamais à bout ! » Ils oubliaient d'ajouter : « dont on ne vient jamais à bout lorsque l'on continue à fumer, quoi que dise le médecin. »

Il y a plus. Ainsi, pour un certain nombre de cas, cette forme

mitigée de la syphilis mériterait presque le no
tive à force de bénignité. Très positivement,
quefois (sous l'influence du traitement, à la v
c'est-à-dire à quelques éruptions à peine éb
érosions buccales.

En tout cas, il est indéniable que la syphilis s
parfois à un très petit nombre de symptôm
ordre de symptômes (syphilides cutanées ou sy
voire à un seul symptôme! Elle pourrait même
les malades sur leurs déclarations, rester absc
se trahir par aucune manifestation. De cela voi

Sur un total de 3876 malades (hommes) qu
pour des accidents de syphilis tertiaire, j'ai soig
quelle avait été sur eux la syphilis secondaire,
d'établir si cette syphilis secondaire avait é
ou sévère, quel nombre et quelle qualité de
constituée, etc. Or, sur ce nombre, je n'ai pas r
dans lesquels la période secondaire s'était rédu
sible de bénignité, voire s'était réduite à néan

23 de ces malades déclaraient n'avoir eu, en
daires, que des plaques muqueuses (e
plaques muqueuses buccales) ;
3 même disaient n'avoir eu qu' « une fois u
muqueuses » ;
7 accusaient comme antécédents « une ros
queuses » ;
7 affirmaient « n'avoir jamais eu que la r
4 n'avaient jamais éprouvé de la syphilis
d'alopécie » ;
et 139 prétendaient formellement n'avoir jam
chancre, le moindre accident seconda

Total : 183

183 sur 3876, cela donne une proportion de 4
que :

Dans une proportion de 5 p. 100 environ, l'
être ou insignifiante ou silencieuse comme mani
moins (et cette formule sera plus près de la v
constituée que par des manifestations assez bé
appeler sur elles l'attention des malades.

Et cependant (que l'on note bien ceci incidem
dont il vient d'être question, en dépit de la pro
leur syphilis secondaire, n'en ont pas moins ab
tions tertiaires plus ou moins graves, très gr
certain nombre, voire mortelles quelquefois.

à recueillir au passage : que la syphilis secondaire la plus insignifiante n'exclut en rien la possibilité du tertiarisme et du tertiarisme dans toutes ses formes, avec toutes les conséquences qu'il comporte ; — point majeur, point d'importance capitale, sur lequel j'aurai bien souvent à insister dans la seconde partie de cet ouvrage.

3° FORME SÉVÈRE. — Constituée, inversement, par tout ce que l'étape secondaire comporte de manifestations intenses, sérieuses et même parfois graves, à savoir :

Syphilides cutanées, à la fois remarquables et par une confluence inusitée et par une modalité éruptive tendant aux formes tertiaires (syphilides papulo-tuberculeuses, ulcératives, suppuratives, voire quelquefois syphilides malignes) ;

Syphilides ulcératives du tégument muqueux ; — laryngite ;

Iritis, compagne usuelle de ce qu'on appelle les « mauvaises » syphilis ; — ou même irido-choroïdite ;

Onyxis de formes intenses (pachyonyxis, elconyxis) ;

Périonyxis ;

Alopécie très accentuée, profuse, avec tendance à la généralisation ;

Affections osseuses (périostites, périostoses) ; — arthropathies ;

Accès fébriles, d'ordre spécifique ; — assez souvent même, typhose ;

Céphalée ;

Troubles généraux, traduisant une atteinte à la santé. — Atonie, langueur. — Asthénie de toutes les fonctions. — Anémie, affaiblissement, dénutrition. — En un mot, tous symptômes d'un organisme fortement touché par l'infection et périclitant comme état général, comme « santé ».

Cette forme sévère est assez rare. — Elle paraît servir de transition entre les syphilis de forme normale et d'autres syphilis bien plus graves dites *malignes précoces* (1).

4° FORME NERVEUSE, qu'on pourrait appeler encore forme *féminine*, car elle est à peu près exclusive à la femme.

Elle consiste dans l'association aux symptômes spécifiques usuels de toute une série de manifestations nerveuses, telles que les suivantes :

Éréthisme nerveux général ;

Douleurs névralgiques et névralgiformes ;

Asthénie ;

Troubles singuliers de la sensibilité générale (analgésie mammaire et dorso-métacarpienne) ;

(1) Je ne parle pas ici de ces syphilis malignes précoces, qui seront mieux à leur place dans la seconde partie de cet ouvrage.

Troubles afférents au système sympathique (algidités, s hyperidrose, arythmies cardiaques, boulimie, etc.);

Névroses hystériformes, épileptoïdes, etc. ; — surexcitat névroses préexistantes, etc.

L'adjonction de tels phénomènes à la scène usuelle de la s confère à l'étape secondaire une physionomie tout à fait i constituant une forme propre, à nulle autre semblable, for ne laisse pas de se présenter chez la femme avec un certain de fréquence.

5° FORME LÉGÈRE A RÉCIDIVES. — Celle-ci, peu remarqu qu'ici, bien que très remarquable, est tout à fait étonnante extraordinaire comme évolution. Elle consiste sommairem ceci : *une syphilis bénigne à retours incessants d'accidents bén*

La roséole est le type usuel qu'affectent ces retours. Et c'es sorte qu'on voit certains malades, bien qu'absolument ép par la syphilis à tout autre égard, présenter d'incessantes expl de roséoles (roséoles, à la vérité, partielles et étonnamment dis au cours des premières années de l'infection. Il y a plus e c'est que parfois ces récidives de roséole se prolongent bien a du terme normal de l'étape secondaire, à savoir jusqu'à la si la dixième, la onzième année. (Voy. p. 290 et suiv.).

Les faits de ce genre sont à la fois trop insolites, trop curie trop peu connus pour que je n'en cite pas ici un exemple.

Syphilis légère. — Traitement prolongé. — DOUZE INVASIO SYPHILIDE ÉRYTHÉMATEUSE *au cours des six premières années maladie.*

R..., âgé de vingt-huit ans. Bonne santé habituelle. Tempérament u lymphatique.

Chancre induré de la verge en juin 1893, avec adénopathie spéci Traitement par protoiodure (8 centigr. en moyenne quotidiennement dant deux mois).

En octobre, syphilides amygdaliennes. — Reprise du traitement.

En novembre, *éruption roséolique*, extrêmement discrète, qui dispar quelques jours sous l'influence du traitement.

Au début de novembre, nouveau traitement. — Néanmoins, le 4 m malade revient me montrer une *éruption roséolique*, consistant en une d de taches éparses sur le thorax, taches d'un rose pâle, assez larges squameuses. — Reprise du traitement. — L'éruption s'efface en que jours. — On cesse le traitement en juin.

7 août. *Troisième éruption roséolique*, tout à fait semblable à la précéd Maux de tête. — Reprise du traitement mercuriel. — Disparition rapid accidents.

26 octobre. Le traitement a été continué jusqu'au 6 septembre. Néanm depuis quelques jours, récidive d'une *éruption roséolique* extrêmement crète, consistant en une quinzaine de taches rosées, très pâles, dissém

sur le thorax et les membres. — Pilules de protoiodure. — L'éruption s'efface en moins d'une semaine.

Mai 1895. *Cinquième éruption roséolique*, exactement semblable aux précédentes, c'est-à-dire consistant en une douzaine (environ) de taches rosées, extrêmement pâles, non ortiées, non prurigineuses, non squameuses, larges comme une pièce de 50 centimes, irrégulièrement orbiculaires, déchiquetées de circonférence. — Comme d'usage, le traitement spécifique dissipe cette éruption en moins d'une semaine. — Une dixième cure mercurielle (protoiodure, à 10 centigrammes par jour, pour six semaines) est suivie en octobre et novembre.

Néanmoins, le 26 décembre, retour d'une *éruption roséolique*, tout à fait identique aux précédentes et constituée par une vingtaine de taches disséminées sur le thorax.

Une *septième éruption* semblable se produit en mai 1896. Cette dernière consiste en une demi-douzaine de taches siégeant sur le thorax. A dessein, je n'institue pas de traitement. L'éruption demande quelques semaines pour s'effacer.

Le 6 juillet, invasion d'une *huitième éruption*, celle-ci plus importante et d'un caractère nouveau. Elle consiste en une vingtaine de taches de *roséole annulaire*, consistant en des ovales irréguliers, à contours brisés et à centre sain. Ces ovales mesurent d'un centimètre et demi à 2 centimètres dans leur grand axe. Ils sont de coloration rose, mais d'un rose très pâle, éteint, à ce point que l'éruption ne s'impose pas au regard du premier coup. Quelques-uns de ces anneaux ne deviennent appréciables qu'au prix d'un examen attentif et sous une certaine incidence de lumière. Le caractère spécifique de cet exanthème n'est pas un seul instant douteux.

Traitement à Uriage par frictions mercurielles.

Vers la fin de décembre, invasion de quelques nouvelles taches sur l'abdomen. Ces taches de modalité circinée (en ovale brisé) sont tellement atténuées comme coloration qu'elles me laissent quelques doutes. — A dessein, nul traitement n'est prescrit. — Mais, le 25 janvier 1897, il ne saurait subsister d'incertitude sur la qualité de ces taches qui se sont multipliées sur le thorax et les bras. — Donc, *neuvième roséole*, dont les éléments figurent pour la plupart des anneaux complets ou incomplets; en outre, quelques taches simplement discoïdes. — Injections d'huile grise. — Disparition des taches en quelques jours.

1er juillet 1897. — *Dixième roséole*, de même nature, à anneaux prédominants. — Aucun doute possible sur la qualité spécifique de l'éruption. — Iodure de potassium. — Disparition des taches, mais beaucoup plus lente qu'avec le mercure.

15 octobre. — *Onzième roséole*; taches circinées, toujours du type dit en anneau brisé; quelques taches vaguement spiroïdes. — Reprise du traitement mercuriel (10 centigrammes de protoiodure comme dose quotidienne, pendant six semaines). — Nouveau traitement semblable en mai.

Enfin, en octobre 1898, *douzième invasion de roséole*. Celle-ci, extraordinairement discrète, se réduit à trois taches érythémateuses, roses, en anneau brisé, offrant environ le diamètre d'une pièce d'un franc.

Cette récidivité singulière peut encore se traduire sous d'autres formes.

De ces formes, la plus commune après celle qui précède co en des poussées multiples, indéfiniment récidivantes, de syph buccales. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades qui, bien pargnés par la syphilis à tout autre égard, restent sujets *penda série d'années* à des poussées éruptives qui se portent invariabl et exclusivement sur la muqueuse buccale. Ces poussées affect langue le plus souvent, sous forme d'une série de petits îlots de *site dépapillante*, à surface rosée, lisse et non érosive. Traitée syphilides disparaissent, mais pour reparaître à échéances pl moins rapprochées, et cela non pas une ou quelques fois, mai qu'à dix, quinze et vingt fois, si ce n'est même davantage.

Une autre modalité qu'affectent encore quelquefois ces syph récidivantes est constituée par une curieuse syphilide péri-buc laquelle sa faculté étonnante de repullulation a même valu le no *syphilide péri-buccale récidivante*. Cette syphilide, que j'ai sig et baptisée de la sorte il y a déjà de longues années, est de type pa circiné. Elle décrit autour de l'orifice buccal (et plus souvent s lèvre inférieure que sur la supérieure) soit des anneaux comp comparables à de petites bagues, soit plus habituellement des ann incomplets, brisés, des arcs de cercle, des croissants. Dans sa f la plus pittoresque, elle consiste en une série de segments de c qui se réunissent bout à bout (forme dite *en arceaux conjugués* encadrant l'une des commissures buccales. Sans parler de physionomie objective qui la recommande à l'attention, elle doit tout son autonomie à une très singulière faculté de récidive. O vue se reproduire — et toujours au même siège, c'est-à-dire au p tour de la bouche — non pas pour une ou quelques fois, mais jus cinq, six et huit fois au cours des premières années de l'infection A noter enfin qu'elle est d'observation bien plus commune ch femme que chez l'homme.

Que sont de telles syphilis, à la fois bénignes et vivaces, à la rassurantes et décourageantes, rassurantes par la qualité ano de leurs manifestations, décourageantes par leurs perpétuelles trées en scène? Et pourquoi ces rentrées en scène se font-elles jours sous la même forme, toujours avec un même symptôme con expression? Est-ce là un mode évolutif naturel, propre à certa syphilis, ou bien n'est-ce là qu'un résultat artificiel du traitem (car les cas de cet ordre semblent être l'apanage de sujets qui se traités, voire longuement et correctement traités)? Toutes questi auxquelles il serait encore impossible de répondre. — Toujours il que ces syphilis bénignes à repullulations multiples d'un m ordre d'accidents présentent la maladie sous une forme tout à particulière non moins qu'originale.

III

DIAGNOSTIC.

Dans un chapitre antérieur, relatif au diagnostic des syphilides secondaires, j'ai longuement insisté pour établir que ce diagnostic doit reposer sur le concours de trois ordres de signes (signes propres à la dermatose, signes fournis par les symptômes contemporains, signes tirés des antécédents), et que cette triade de signes est absolument, rigoureusement exigible pour la sûreté du diagnostic. « En dehors, disais-je, du contrôle réciproque que se prêtent ces trois ordres de signes, pas de diagnostic absolument certain, formel, irrécusable. Car, si habile et si exercé que puisse être un médecin, il n'a jamais la certitude de se tenir à l'abri d'une erreur, alors qu'il établit son jugement sur un symptôme *isolé*. Un symptôme isolé reste toujours sujet à caution et peut toujours tromper; tandis que ce qui ne peut tromper, c'est la considération d'un *ensemble*, d'une *série* d'accidents, d'une *évolution* pathologique. » (Page. 353.)

Eh bien, ce qui est vrai pour le diagnostic des syphilides secondaires ne l'est pas moins pour celui des accidents secondaires de tout genre et ne l'est pas moins (soit dit par avance) pour celui des accidents tertiaires. En sorte que la réflexion qui précède se trouve applicable d'une façon générale au *diagnostic de la syphilis*, quelles qu'en soient les manifestations et quelle qu'en soit la période.

Ce dernier diagnostic comporte en toute évidence un intérêt de premier ordre. Je ne craindrai donc pas d'ajouter à ce qui précède quelques commentaires, que j'emprunterai à l'une de mes leçons cliniques.

Comment et à quels signes reconnaître qu'un malade est entaché de syphilis? Sur quelles bases, en un mot, asseoir le diagnostic de la syphilis?

Le diagnostic général de la maladie repose d'abord, cela va sans dire, sur le diagnostic spécial de ses accidents. Tel accident est, je suppose, une syphilide, une iritis, une périostose, une alopécie d'origine dûment syphilitique; donc, le malade qui en est affecté se trouve par cela même convaincu de syphilis. La syphilis est une cause qu'attestent ses effets, et cette cause, de toute évidence, ne saurait être révélée autrement que par les manifestations qui en dérivent.

Jusqu'ici, rien de spécial. Toute maladie en est là ; toute maladie se reconnaît à certains symptômes qui lui sont ou exclusivement ou plus particulièrement propres.

Mais ce en quoi la syphilis diffère, je ne dirai pas de tou maladies, mais de la plupart des maladies, c'est qu'elle ne s' pas seulement par un certain nombre de symptômes parti ou communs ; c'est qu'elle s'accuse encore et surtout par *semble morbide* et par une *évolution spéciale*. Je m'explique exemple.

Vous êtes consultés aujourd'hui, je suppose, par un affecté d'une exostose. Le seul fait de cette exostose et les symptomatologiques qui s'y rapportent vous conduisent soupçonner et même à affirmer presque certainement la sy Mais vous allez voir que d'autres considérations peuvent vous à légitimer votre diagnostic et à l'étayer d'une façon des solides. Recherchez, d'une part, si votre malade ne présen d'autres manifestations syphilitiques *actuelles* ; remontez, d part, aux *antécédents*, et informez-vous si d'autres accident putables à la syphilis n'ont pas précédé ceux que vous sous les yeux. Or, admettons, si vous le voulez bien, que c demment avec l'exostose vous découvriez sur votre malade syphilide palmaire ; cette autre manifestation ne vient-elle déjà fournir un appoint à votre diagnostic et corroborer votre ment, en justifiant le soupçon de spécificité diathésique que étiez déjà tentés d'attribuer à cette exostose ? Oui, bien évidem n'est-ce pas? — Continuons, et admettons encore que votre lade, méthodiquement interrogé sur ses antécédents, vous ra qu'il y a quelques années il a été affecté d'érosions bucc d'angine avec ulcérations, de glandes au cou, de croûtes sur le chevelu, d'alopécie, de boutons sur le corps, etc. ; que, pr blement, il a présenté à la verge ou ailleurs une lésion qu'c reconnue pour un chancre, etc., etc. Tous ces renseignem n'achèveront-ils pas de fixer votre opinion et de confirmer diagnostic; n'établiront-ils pas d'une façon aussi patente que sible l'existence, chez votre malade, d'une diathèse qui poursuit évolution et qui s'accuse aujourd'hui par des phénomènes i tiques de nature avec ceux qu'elle a produits autrefois? Qu témoignages, en effet, à l'appui de la nature spécifique de la lé pour laquelle vous êtes consultés ! C'est, d'abord, la syphilide palm qui confirme la spécificité de l'exostose, et réciproquement. Ce ensuite les accidents antérieurs (syphilides cutanées et muqueu alopécie, adénopathies, etc.) qui confirment la spécificité manifestations actuelles. C'est enfin le chancre, exorde de t cette kyrielle de symptômes, qui confirme à la fois la spécificité uns et des autres, de ceux qui lui ont succédé à bref délai, con de ceux qui l'ont suivi à plus longue échéance. *Tout se tient cet ensemble* ; chaque élément de cette *série morbide* apporte à l ment voisin une signification particulière; et de là, comme ré

tante, ressort un diagnostic de la maladie aussi complet, aussi précis, aussi formel, qu'on le puisse désirer.

Or, dans le cas que nous venons de prendre comme exemple et aussi bien dans tout autre analogue, quels sont donc les éléments qui donnent au diagnostic de la syphilis une sûreté aussi parfaite, une certitude aussi mathématique? Ces éléments sont de deux ordres :

1° La notion d'un *ensemble* pathologique, dont les termes se confirment, en se servant, pour ainsi dire, de répondants réciproques ;

2° La notion d'une *évolution* morbide, où chaque symptôme est venu se placer à son rang, est apparu à son heure, suivant la hiérarchie chronologique à laquelle obéit la vérole dans la succession des accidents qui lui sont propres.

C'est qu'en effet la vérole, ainsi que je vous l'ai déjà dit tant de fois, messieurs, ne consiste pas seulement en un accident, ni même en tels ou tels accidents isolés. La vérole est un *ensemble*, une série de manifestations qui s'appellent les unes les autres, qui se commandent réciproquement. Si telle se produit aujourd'hui, c'est que telle autre l'a précédée ; et, puisque celle-ci a existé jadis, c'est une raison pour que celle-là fasse son apparition aujourd'hui. — De plus, la vérole est une *évolution*, et l'ordre dans lequel se manifestent ses divers symptômes n'est pas sans fournir au diagnostic un appoint d'une réelle valeur.

Donc, qu'on se rappelle bien ceci : **le diagnostic absolu, certain, de la vérole réside moins dans la perception d'un symptôme que dans la notion d'un ensemble et d'une évolution morbide.** Un symptôme, en effet, n'est jamais qu'un symptôme. Si vraisemblable, si évidente même qu'en paraisse la spécificité de nature, ce symptôme peut tromper. Tout le monde, je ne crains pas de le répéter, peut se tromper sur une syphilide, sur une ulcération, sur une lésion osseuse considérée isolément. On n'est jamais à l'abri d'une erreur quand on n'a qu'un accident pour instituer un diagnostic. Tandis qu'il n'est pas de méprise possible quand on a pour double base de jugement : 1° un ensemble pathologique dont les divers éléments se servent de garants réciproques ; — et 2° une évolution morbide dont les incidents successifs sont survenus chacun en son temps, chacun à son heure, suivant l'ordonnance normale de la maladie.

Conséquemment, un accident syphilitique se présentant à vous, ne vous bornez jamais à diagnostiquer la vérole de par lui seul. Si cet accident est bien réellement syphilitique, soyez sûrs que d'autres manifestations l'ont précédé dans le passé ou l'accompagnent dans le présent. Ces autres manifestations, cherchez-les; cherchez-les dans le présent, et ne les cherchez pas moins dans le passé. Donc, voyez d'abord si votre malade ne présente pas actuellement quelque autre symptôme de même nature. Puis, voyez ensuite, par un interrogatoire rétrospectif, si d'autres accidents de même ordre n'ont pas préludé à

l'accident que vous avez sous les yeux. Efforcez-vous, en un mot, de *reconstituer la maladie dans son ensemble et dans son évolution naturelle*. Car, je vous l'affirme encore, cet ensemble et cette évolution seront pour votre diagnostic des témoignages bien autrement significatifs, bien autrement certains, que le meilleur symptôme actuel dont vous puissiez disposer.

Cela posé en principe, voyons l'application en pratique.

Serez-vous *toujours* assez heureux pour pouvoir, à propos d'un symptôme qui s'impose à votre examen, reconstituer toute la maladie et diagnostiquer la vérole par l'ensemble de ses manifestations successives? Toujours? Non, certes. Mais souvent, très souvent? Oui.

Chez l'homme, d'abord, dans la plupart des cas vous arriverez à remonter la série morbide. Dans la plupart des cas, ai-je dit; précisons mieux. Dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, en moyenne, vous pourrez facilement, par un examen minutieux et par les données anamnestiques, reconnaître après coup les diverses étapes de la maladie et instituer le diagnostic de la syphilis sur les bases que je viens de signaler comme les plus sûres. L'homme, en effet, pour toutes sortes de raisons, renseigne cent fois mieux le médecin sur ses antécédents spécifiques que ne le fait jamais la femme. D'abord, il n'a, sauf exceptions rares, aucun intérêt à dissimulation, à réticences. Puis il peut mieux et il sait mieux s'observer que la femme. Plus qu'elle, d'autre part, il est au fait de la vérole, de ses accidents et de ses dangers; plus qu'elle il la redoute et cherche à s'en protéger. Aussi le cas usuel est-il celui-ci, pour le sexe masculin : Consultés par un malade sur une manifestation syphilitique secondaire ou tertiaire, vous apprendrez immédiatement de lui que d'autres accidents ont précédé le symptôme actuel. « A telle époque, vous dira le malade, j'ai eu ceci, puis cela, puis cela encore, et à telle autre époque, antérieurement, j'ai été affecté d'un chancre, etc. » — Aidé de tels renseignements, le diagnostic de la vérole devient en général (je ne dis pas toujours, tant s'en faut) assez facile et assez sûr chez l'homme.

Chez la femme, il en est autrement. Si bien même, sans aucune exagération, que le diagnostic de la syphilis chez la femme devient presque un diagnostic spécial en raison de ses difficultés, de ses surprises, de ses obscurités de divers genres. Aussi ne craindrai-je pas d'insister sur ce point, en raison de l'intérêt pratique qui s'y rattache.

Certes, il est nombre de cas, dans la syphilis de la femme, qui se présentent le plus simplement du monde, comme ceux, par exemple, qu'on a l'occasion de surprendre *ab ovo* et dont on peut suivre l'évolution, comme ceux encore où des symptômes multiples se servent de répondants réciproques, etc. C'est là l'ordre des cas faciles, qui ne sauraient prêter à ambiguïté. Mais, à côté de ceux-ci, il en est quantité d'autres destinés à créer de réels embarras, tels que ceux où

un accident isolé (érosion vulvaire ou buccale, alopécie, dermatose palmaire, névralgie, etc.) ou même quelques accidents contemporains peu significatifs s'imposent au diagnostic. En pareille occurrence, attendez-vous chez la femme à des obscurités, des difficultés, que bien plus rarement vous rencontrerez chez l'homme. Et pourquoi? Pour toute la série des raisons suivantes.

D'abord, la femme vous renseignera bien moins que l'homme sur ses antécédents spéciaux, et cela même sans mauvais vouloir, sans arrière-pensée de réticence ou de dissimulation. C'est qu'en effet elle est bien moins *savante* que l'homme relativement à toutes choses touchant à la vérole. Elle est bien moins renseignée que lui, soit par ses conversations, soit par ses lectures, sur les symptômes et les conséquences de cette maladie ; elle s'inquiète bien moins que lui de la vérole, qu'elle ne connaît que vaguement et par ouï-dire ; elle y prête moins d'attention, elle s'en défie moins, elle la craint moins (1), et, conséquemment, la laisse plus facilement passer inaperçue, sans se rendre compte ou se préoccuper de symptômes qui n'échapperaient pas à la vigilance de l'homme. — De plus, la femme n'a pas les mêmes facilités que l'homme pour s'examiner génitalement, et des lésions génitales qui ne nous échapperaient pas peuvent chez elle passer inaperçues. — D'autre part, de très nombreux accidents qui servent d'expressions fréquentes à la syphilis féminine, tels que les troubles nerveux, n'ont pas le cachet vénérien et sont exposés conséquemment à être confondus avec des symptômes vulgaires, non spécifiques. — Ne pas oublier, enfin, que certaines raisons d'ordre moral conduisent souvent la femme à *dissimuler* ses antécédents vénériens. Ces raisons (qui n'existent pas pour nous) font que certaines malades n'avouent pas ou dissimulent ce qu'un homme déclarerait d'emblée et spontanément. C'est dire que, de parti pris, ces malades laisseront parfois le diagnostic du médecin vaguer et s'égarer faute de renseignements ou en raison de renseignements erronés. J'en ai connu (et combien d'exemples du genre n'aurais-je pas à citer!) qui ont menti sciemment à leur médecin, alors même que leur santé se trouvait en jeu, puis qui ensuite, de guerre lasse, sont venues se confesser à moi. Je pourrais même à ce sujet raconter les histoires les plus invraisemblables, les plus extraordinaires, et il faudrait véritablement la pénétration d'un Balzac pour analyser ce côté particulier du caractère féminin.

Somme toute, Messieurs, ne vous attendez pas à ce qu'une femme syphilitique, venant vous consulter à propos d'un accident syphilitique, vous dise ce que vous dirait un homme, à savoir : « Voici ce que j'ai actuellement, docteur ; or, si cela peut éclairer votre diagnostic, sachez bien que j'ai eu la syphilis à telle époque, sous forme

(1) Preuve péremptoire : la *syphilophobie*, vésanie fréquente chez l'homme, est excessivement rare chez la femme.

de tels et tels accidents, et voyez si cette syphilis ne serait pas de ce que j'ai aujourd'hui ? » A de rares exceptions près, vos c ne vous tiendront jamais un tel langage. Elles ne commen jamais par confesser la vérole pour mettre votre diagnostic à Elles vous l'avoueront (la plupart au moins), si vous les inte directement sur ce chapitre, et encore ne l'avoueront-elles le pl vent qu'aux deux conditions suivantes : si elles vous font l'h de vous accorder une confiance dont elles ne sont guère pro en l'espèce, et si elles estiment qu'un tel aveu puisse avoir q intérêt relatif à leur mal actuel. Sinon, elles ne diront rien ; et tenez pour certain qu'en pareille circonstance il y en aura to quelques-unes qui, pour telles ou telles raisons d'elles seules co s'obstineront dans des réticences ou des dénégations menson

Telle est la règle, tel est au moins le cas le plus commun. A plus souvent, pour arriver à connaître des antécédents qu'il a de connaître, le médecin doit-il s'astreindre vis-à-vis de ses c à un interrogatoire minutieux, patient, *politique*, de façon à vrir la maladie sans la nommer et sans paraître la chercher. bileté et la diplomatie ne sont pas inutiles en pareil cas. Plus fois même le médecin, se heurtant à des dénégations obstinées à décider par devers lui s'il ne doit pas passer outre et formuler même son diagnostic, avec le traitement qui en dérive, sans compte d'allégations évidemment erronées.

Et je n'exagère rien, croyez le. Cinquante fois par année, p moins, il nous arrive de recevoir dans nos services des femme affectées d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, disent « n'avoir jamais rien eu » au préalable. Ces femmes me elles ? Quelquefois oui, et j'en ai eu la preuve (1). Cependant le songe n'est pas le fait le plus commun, en pareil cas, j'en suis suadé. Plus souvent, ces femmes pèchent par ignorance. Ou elles répondent sans trop comprendre ce qu'on leur demande, ou elles ont eu la vérole sans se rendre compte au juste de ce qu avaient, *sans le savoir* même, ce qui n'est pas impossible, co nous le verrons dans un instant.

Mais entrons dans les détails, car pas une question ne touc plus près à la pratique que celle-ci, et pas une, en tout cas, n resse plus directement le diagnostic.

Premier point. — Quand vous interrogerez une femme su antécédents syphilitiques, ne soyez pas, Messieurs, trop exig *à l'égard du chancre*. De tous les commémoratifs, en effet,

(1) Exemple : Une de nos malades actuelles, entrant ici il y a une huitai jours pour une exostose tibiale, nous déclarait de la façon la plus formelle « jamais eu de mauvais mal ». Or, reconnue par une de nos infirmières, trouva, renseignements pris à des sources authentiques, que cette mal innocente était entrée déjà *sept fois* à Lourcine pour des accidents de confirmée !

celui-ci qui, chez la femme, fait le plus fréquemment défaut. Vous ne trouverez pas une malade sur cinquante qui vous accusera « un chancre » comme exorde de son mal. De cela vous savez le pourquoi. C'est que, tout particulièrement chez la femme, le chancre est un accident bénin par essence qui, pour toutes sortes de raisons, passe souvent inaperçu ou plus souvent encore reste méconnu quant à sa nature. Inutile de vous rappeler aussi que, pour la plupart des femmes, le terme de chancre comporte quelque chose d'important, d'effrayant, quelque chose d'analogue au cancer, à « l'ulcère », etc. Elles se garderaient bien en conséquence de dénommer ainsi l'inoffensif bouton qui a servi de prélude à leur maladie. Pour toute femme, l'accident initial de la syphilis est et n'est jamais autre chose qu'un simple « *bouton* ». Enregistrez le mot en vos souvenirs.

Autre point. — Moins instruite que l'homme en fait de syphilis, comme je vous le disais à l'instant, la femme ne vous donnera jamais sur l'ensemble et sur l'évolution de sa maladie que des renseignements incomplets, tronqués, diffus, désordonnés, obscurs, incohérents, etc. Vous aurez cent fois plus de mal chez une femme que chez un homme à reconstituer l'ensemble morbide qui constitue la syphilis. Cela est un fait dont témoigne l'observation de chaque jour.

Troisième point. — Ce qu'il ne faut jamais perdre de vue pour le diagnostic spécial que nous étudions en ce moment, c'est que la syphilis est susceptible de deux ordres de phénomènes absolument distincts, à savoir : de phénomènes *propres* et de phénomènes *communs*. J'appelle phénomènes propres ceux que la syphilis seule est capable de produire, tels que chancre, syphilides cutanées ou muqueuses, gommes, etc. J'entends par phénomènes communs ceux qui résultent indifféremment soit de la syphilis, soit de telle ou telle autre cause morbifique. De ce nombre, par exemple, sont les douleurs de tête, les douleurs rhumatoïdes des membres, les névralgies, l'iritis, la fièvre, les paralysies, les palpitations, le tremblement, les troubles des règles, l'avortement, etc., etc. Or, si les accidents du premier groupe ne peuvent guère donner le change sur leur origine et leur nature, ceux du second, tout au contraire, offrent des difficultés diagnostiques bien plus sérieuses. Reconnaître ceux-ci comme symptômes n'est qu'une partie insignifiante de la tâche à remplir. Car, reste à les rattacher à leur cause; reste à en déterminer le caractère, l'essence, à les diagnostiquer en un mot *spécifiques* ou *vulgaires*. Et cette seconde partie du diagnostic est à coup sûr la plus importante, ou, pour mieux dire, c'est là le vrai, le seul diagnostic, car de la nature du symptôme dérivent les indications thérapeutiques auxquelles il convient de satisfaire.

Or, remarquez bien, je vous prie, les deux points que voici : D'une part, ces symptômes communs sont particulièrement fréquents chez

la femme. Ce sont eux, en effet, qui prédominent dans la s
secondaire féminine sous forme d'accidents nerveux de tout
tels que céphalée, douleurs névralgiformes, névralgies, as
troubles de la sensibilité, névroses, accès fébriles, etc. — Et,
part, les symptômes de cet ordre sont, à coup sûr, les plus in
pour le diagnostic et les plus faciles à méconnaître comme
Ils sont essentiellement sujets à méprises dans la pratique
prémunir contre ce danger spécial est un devoir que j'ai à c
remplir; voyons donc comment le diagnostic peut dévier en
occurrence.

Les erreurs en question se commettent de telle ou telle fac
voici : Ou bien, connaissant les antécédents spécifiques du n
on n'en tient pas compte, et l'on passe outre pour aller à la rec
d'une cause étrangère ; — ou bien, ce qui est plus fréquent,
s'enquiert pas suffisamment des antécédents spécifiques,
accepte trop facilement comme explication du symptôme en
telle ou telle étiologie banale. C'est ainsi, par exemple, que qu
de douleurs et surtout de névralgies syphilitiques sont jour
ment prises pour des névralgies communes, pour des dou
rhumatismales, arthritiques, « nerveuses », accidentelles, etc. ; —
ainsi que la céphalée est souvent taxée de « migraine » ou de « n
tête neurasthénique » ; — c'est ainsi que la fièvre syphilitique
plus habituellement confondue avec des accidents fébriles vulga
— c'est ainsi que la possibilité d'une relation entre la syphi
l'ictère ou la boulimie ou les troubles de sensibilité, etc., n'
soupçonnée que de nos jours; — c'est ainsi que la spécificité
choroïdite et de sautres ophthalmies profondes reste encore fréq
ment méconnue ; — c'est ainsi que l'avortement issu de la syphil
imputé journellement à des raisons banales, illusoires, etc.,
Et de même pour une foule d'autres accidents de même genre
je pourrais citer.

C'est que la syphilis, en effet, — je ne saurais trop insister su
point — a toutes chances pour passer inaperçue, alors qu
s'accuse seulement par une lésion commune, par un trouble f
tionnel commun. En pareil cas, on ne songe pas assez à elle
la néglige, on ne s'en préoccupe même pas. Et qu'arrive-t-il al
C'est que la raison étiologique, la nature vraie de cette lésion o
ce trouble échappe au médecin. A qui la faute ? Au médecin d'ab
assurément, qui n'apporte pas toujours une méthode et une rigu
suffisantes à la recherche des antécédents et à l'étiologie des s
ptômes. Aux malades ensuite, qui, dans bon nombre de cas, se fai
juges eux-mêmes de la question, croient superflu d'accuser l
antécédents spécifiques ou les dissimulent au besoin.

Tel est, Messieurs, l'écueil de bien des diagnostics en syphilis
l'oubliez pas.

Et j'ajouterai : L'écueil en question est d'autant plus réel, d'autant plus périlleux, que la syphilis en maintes et maintes occasions *ne s'accuse à un moment donné que par des phénomènes d'ordre commun, sans manifestations propres*. Or, cela, on le sait par ce qui précède, est particulièrement fréquent *chez la femme*, bien plus fréquent chez elle que chez l'homme. Très souvent nous voyons des femmes syphilitiques ne présenter pour tous accidents, à telle ou telle époque de la diathèse, que des symptômes communs, vulgaires, qui, sans le secours d'antécédents spécifiques connus, pourraient être rapportés à toute autre cause que la vérole.

Il y a plus encore. Les symptômes communs, auxquels se limite parfois la diathèse, ne sont pas toujours multiples et associés de façon que le diagnostic de l'un puisse servir à éclairer le diagnostic de l'autre. Tout au contraire, il arrive parfois qu'un seul de ces symptômes se produise isolément. Dans ce cas, — remarquez bien ceci, messieurs, — la syphilis n'a plus alors pour toute expression qu'un accident *unique, lequel n'offre rien de spécial*, lequel pourrait tout aussi bien dériver d'une origine vulgaire. En sorte que les faits de ce genre sont insidieux au plus haut degré, cela va sans dire. Et, d'autre part, ces faits sont-ils rares? Nullement. La preuve, c'est qu'aujourd'hui même mon seul service me permet de vous en présenter trois exemples des plus frappants.

Voici, d'abord, une jeune femme qui, l'année dernière, avait été traitée par nous pour divers accidents syphilitiques secondaires. Six mois environ après sa sortie de l'hôpital, elle a été affectée d'une *paralysie de la troisième paire*. « Ne croyant pas (c'est elle-même qui parle) que ce mal d'yeux pût avoir le moindre rapport avec son ancienne vérole », elle se garda bien de revenir à Lourcine, et consulta un oculiste, sans lui faire part de ses antécédents spéciaux. Traitée par une série de médications d'ordre vulgaire, qui ne pouvaient avoir d'action sur sa maladie, elle ne guérit pas et se décida alors à rentrer dans notre service. Depuis une quinzaine qu'elle est ici, elle a été soumise au traitement spécifique, et déjà sa paralysie s'est considérablement amendée. Mais là n'est pas la question. Le point sur lequel j'appelle votre attention pour l'instant est celui-ci : cette paralysie s'est produite *seule*, comme expression exclusive de la diathèse ; aucune autre manifestation syphilitique ne s'est associée à elle. A un moment donné, la diathèse ne s'est accusée que par cette lésion, une *paralysie*, laquelle, accident vulgaire, pouvait être rapportée à toute autre cause que la vérole. C'était donc, à ce moment, sur un seul symptôme d'ordre commun que le diagnostic devait être institué.

Second cas. — Cette autre femme, une de nos anciennes malades, est rentrée dans nos salles, il y a huit jours, pour une *névralgie faciale*, qui la « torturait » depuis deux mois, et qui, soumise au

traitement spécifique, a cédé presque immédiatement. El examinez cette malade aussi scrupuleusement, aussi complè que possible, vous ne trouverez sur elle aucune trace de s aucun accident actuel, aucun vestige même d'accidents passé vous déclarerait n'avoir pas eu la syphilis, que vous ne pour démontrer le contraire. Une névralgie faciale, voilà tout ce présentait comme accident. Or, n'est-ce pas là un symptôme c par excellence, et faut-il avoir eu la vérole pour souffrir d' vralgie de la face?

Même cas encore sur cette troisième malade. Ici, c'est d'ur *tique* qu'il s'agit. Cette sciatique était bel et bien d'origine spé les résultats du traitement l'ont clairement établi. Or, était-ell ciée à quelque autre manifestation actuelle de syphilis? Pas le du monde. Elle existait seule, comme expression unique, non que banale, de la diathèse.

Et ce que je viens de dire, messieurs, de la sciatique, de vralgie faciale, de la paralysie oculaire, je pourrais le ré propos de l'iritis et des autres ophthalmies secondaires, à prop différents troubles nerveux, de la fièvre, de l'avortement, etc symptômes *communs*, qui, dans certaines conditions, se prés comme manifestations isolées, exclusives, de la diathèse. donc à quelles erreurs serait conduit en pratique le médec ignorerait ou méconnaîtrait cette double vérité, à savoir :

1° Que la syphilis se traduit parfois exclusivement, à un m donné de son évolution, par des symptômes *d'ordre commun* ;

2° Qu'elle peut même, à un instant donné, ne se traduire q *une seule* manifestation de ce genre.

Autre difficulté diagnostique d'un ordre tout particulier; c commune aux deux sexes, mais certes infiniment plus commune la femme que chez l'homme.

... Parfois, Messieurs, il vous arrivera de rencontrer su malade un symptôme incontestablement syphilitique (secondai tertiaire, peu importe) sans pouvoir remonter à l'origine de l'i tion, sans pouvoir reconstituer la série morbide dont ce symp n'est qu'une expression partielle. Vainement alors vous exami votre malade de la tête aux pieds, pour découvrir sur lui qu stigmate, quelque témoignage d'une infection méconnue ou mulée; vous ne trouverez rien. Vainement aussi vous le question sur l'existence antérieure de telles ou telles manifestations sy tiques; vous n'obtiendrez que des renseignements, je ne dirai n pas incertains, mais absolument négatifs. Et, cependant, le symp dont il vous incombe d'apprécier la nature n'est guère de nat

vous laisser de doutes sur sa qualité spécifique. Dans ces conditions qu'aurez-vous à faire? Vous faudra-t-il renoncer à votre impression, abandonner votre diagnostic et vous dire : « L'accident en question me semblait bien et me semble bien encore syphilitique; mais, en fin de compte, je ne puis le considérer comme tel, puisque le malade paraît n'avoir pas eu la vérole ? » — Ou bien devrez-vous persister quand même dans votre jugement, en l'absence de tout autre signe actuel et de tout commémoratif démontrant une syphilis antérieure, en dépit même des négations qui vous sont opposées?

Point délicat assurément, et sur lequel il importe que le jeune médecin soit édifié pour sa pratique.

Or, Messieurs, de par l'expérience de nos devanciers, de par l'expérience commune et la mienne propre, je n'hésite pas (à ne considérer ici la question que d'une façon générale et réserves faites pour les conditions variables des cas particuliers), je n'hésite pas, dis-je, à trancher la difficulté de la façon suivante : En pareille occurrence, *la science du médecin est au-dessus des allégations du malade*. Le médecin croit à la vérole, et le malade la nie ; il y a plus de chances pour que la vérité soit avec le médecin qu'avec le malade. Si donc vous avez de bonnes et scientifiques raisons pour considérer tel symptôme comme syphilitique, ne vous laissez arrêter ni par l'absence d'antécédents, ni par les témoignages négatifs. Votre droit et votre devoir sont de passer outre, de *persister dans votre diagnostic*, et d'instituer le traitement en conséquence.

Et pourquoi? Pour deux raisons qui se formulent ainsi :

1° Parce que la vérole peut être *niée sciemment, mensongèrement*, de parti pris;

2° Parce qu'elle peut être *niée et ignorée de bonne foi*.

Je m'explique.

La vérole, d'abord, **peut être niée sciemment, mensongèrement.** Ai-je à revenir sur ce point, après ce que j'ai eu tant de fois déjà l'occasion de vous en dire ? S'il vous restait quelques doutes à ce sujet, l'historiette suivante pourrait achever de vous convaincre. Ces jours derniers, je suis mandé près d'une dame à laquelle j'avais donné mes soins autrefois pour des accidents spécifiques secondaires. J'arrive et trouve la malade affectée d'une iritis violente, manifestement syphilitique, et rebelle jusqu'alors à divers traitements d'ordre vulgaire. Je demande à cette dame si elle a fait part à son médecin actuel des accidents pour lesquels je l'avais traitée. — « Non certes, me répond-elle tout aussitôt, je m'en suis bien gardée. — Cependant on a dû, sans aucun doute, vous questionner sur ce point. — Oui, et plusieurs fois, réplique-t-elle; j'ai même trouvé cela assez extraordinaire. Mais *j'ai nié*, j'ai nié résolument, et *je nierai toujours*. Croyez-vous donc qu'il soit agréable et qu'il me convienne d'aller raconter *ces choses-là* à tout le monde ? »

Détail de pratique auquel il convient que vous soyez initiés. En pareille situation, c'est le médecin « habituel », le *médecin de famille* qui est le plus souvent trompé par les malades. Pourquoi ? Parce que c'est celui dont lesdits malades se défient le plus. Sans croire lui faire une grossière injure, ils redoutent une indiscrétion de sa part ; ils se figurent que ce médecin pourrait bien « ébruiter la chose » (c'est le mot consacré), « raconter cela à leurs familles, à leurs parents, à leurs amis, à tout le monde », et ils prennent leurs précautions en conséquence. Tandis qu'ils n'ont à craindre rien de semblable d'un médecin inconnu, qui ne les reverra plus une fois guéris, qui ne sait même pas leur nom, et dont le silence par cela même est assuré. Quant au « spécialiste », il est de nature à l'abri des réticences, des dissimulations et des mensonges de ce genre, puisqu'on le choisit pour lui confier ce qu'on ne veut pas confier à d'autres. Aussi devient-il le dépositaire de secrets intimes qui lui facilitent singulièrement sa tâche diagnostique.

On croira peut-être que j'exagère, que je force la note. Eh bien, non ; je ne suis ici qu'un narrateur sincère et ne fais que relater ce qui est d'observation journalière, courante. Ainsi, c'est par centaines que je pourrais compter les clients avec lesquels il m'est arrivé d'échanger le petit colloque suivant : « Mais pourquoi donc avoir dissimulé à votre médecin habituel vos antécédents syphilitiques, alors que vous venez me les avouer à moi ? — Oh ! vous, Monsieur, c'est bien différent. Je ne vous connais pas et vous ne me connaissez pas ; je puis donc tout vous dire. Tandis que mon médecin, c'est un familier, c'est presque un ami pour moi ; il connaît ma famille, ma femme, nombre de mes amis, et c'est bien assez d'avoir la vérole sans que tout le monde le sache. — Mais vous supposez donc que ce médecin, cet ami, pourrait commettre l'indignité d'abuser du secret que vous lui auriez confié ! — Oh ! pour cela, non ; car c'est un très brave homme, le meilleur homme du monde, et nous l'aimons tous ; mais, un mot en l'air, un mot compromettant est bien vite lâché. En tout cas, il est toujours prudent de se tenir en garde, etc., etc. »

Quant aux femmes, tout spécialement, le mensonge ne leur coûte guère en l'espèce. Elles sont même parfois surprenantes d'aplomb et de sang-froid relativement à la négation de leurs antécédents spécifiques. J'en ai vu mentir contre toute évidence avec une apparence de sincérité vraiment déconcertante. Combien de fois aussi en ai-je entendu me dire : « Certainement oui, j'ai répondu à mon médecin que je n'avais pas eu la vérole, et je lui répondrai encore la même chose au besoin. Jamais je n'avouerai mon mal à d'autre que vous. Je me laisserais couper en morceaux (ou bien, c'est une variante), je me laisserais guillotiner plutôt que d'avouer cela. »

Et ce n'est pas tout. Il y a plus encore, et la vérité clinique confine ici à l'invraisemblable. On a vu des malades renier leurs antécédents spécifiques dans les circonstances les plus graves, alors que de leur

silence ou de leur désaveu pouvaient manifestement dériver les conséquences les plus sérieuses, alors qu'il y allait de leur vie! De cela voici un exemple.

Un notaire de province (actuellement décédé) contracte une syphilis pour laquelle je lui donne mes soins tout d'abord. A peine délivré de ses premiers accidents, il ne se traite plus, comme d'usage. Deux ans après, il est frappé, à la suite de maux de tête violents, d'un ictus apoplectique suivi d'hémiplégie. Son médecin soupçonne la syphilis comme origine de ces accidents cérébraux, l'interroge à ce sujet, le presse de questions à maintes et maintes reprises, en lui répétant que « la syphilis serait un bonheur pour lui en pareille circonstance, qu'on pourrait facilement le guérir si son mal avait une origine de ce genre », etc. Peines perdues. Bien qu'en plénitude de son intelligence et de sa mémoire, le malade *nie*, s'obstine à nier, si bien qu'on passe outre. Huit mois plus tard, il revient me consulter, mais alors infirme, avec une hémiplégie confirmée, en état de contracture, donc désormais incurable, et c'est lui-même qui me raconte ce que je viens d'exposer. « — Mais, quel motif à jamais regrettable, lui dis-je alors, a donc pu vous conduire à dissimuler vos antécédents de syphilis au médecin chargé de vous traiter? — Je ne voulais pas, me répondit-il, que, par une indiscrétion ou par la nature des remèdes qui me seraient prescrits, ma femme pût savoir que j'avais eu la vérole! » — Il paya cher cette dissimulation ; car, plusieurs mois ne s'étaient pas écoulés que, poursuivant son évolution, la syphilis cérébrale déterminait un nouvel ictus suivi d'accidents des plus graves auxquels il ne tardait pas à succomber.

Jugez par là, Messieurs, s'il n'est pas un certain nombre de cas où il faut que la sagacité du médecin sache faire justice des réticences, des dissimulations, des mensonges qui peuvent égarer son jugement.

Seconde proposition : **La vérole peut être niée, ignorée de bonne foi.**

Est-il possible, en vérité, qu'un malade, homme ou femme, ait la vérole *sans le savoir*? Une pareille question semble dérisoire au premier abord. Le seul accouplement de ces deux mots « *vérole ignorée* » paraît une insulte au bon sens. « Comment serait-il jamais possible, se dit-on, qu'une maladie telle que la vérole, aussi féconde en accidents de tout genre, notamment en accidents extérieurs et en accidents douloureux, restât ignorée de celui qui la porte? » Théoriquement, cela paraît une conception absurde, utopique, qui ne saurait se réaliser. Eh bien, pratiquement, *cela est*. L'expérience, en effet, est formelle sur ce point et apprend que, d'une façon authentique, irrécusable, certains sujets ont eu la vérole sans s'apercevoir qu'ils l'avaient. Cette chose, impossible en apparence, est donc possible en réalité; j'ajouterai même qu'elle est loin d'être rare, chez la femme

spécialement, ainsi que j'en fournirai bientôt de
qu'à l'avance je déclare surprenantes.

Et, d'ailleurs, quand on y réfléchit, on abou
dre et à admettre que la vérole puisse échappe
méconnue. D'une part, en effet, elle n'a pas
festations évidentes, patentes, qui frappent le
truisent, forcément de leur état, et qui les o
médecin, lequel les renseignerait aussitôt sur
leur mal. D'autre part, les symptômes par les
sont pas toujours tellement spécifiques, tellem
ne puissent être confondus avec ceux d'une au
Messieurs, voulez-vous la preuve? Cette pr
fournir immédiatement et j'estime que vous al
toire.

Vous m'accorderez qu'une syphilis, légère ou
ner au groupe déjà passablement complexe des
un chancre, avec son bubon satellite ; — une
qu'une roséole ou une syphilide papuleuse;
muqueuses ; — quelques adénopathies ; — qu
chevelu et un peu d'alopécie ; — quelques dou
gorge, dans les articulations, dans les memb
bles nerveux, etc. Eh bien, prenons, comme
cas de ce genre, et voyons si des divers acci
il en est un seul qui ne puisse être méconnu.

Vous parlerai-je du chancre tout d'abord?
reste par ce qui précède si le chancre, chez
ment, a de bonnes raisons pour être méconn
ou même pour passer inaperçu. — De même,
ignoré du malade dans la très grande majorit

Quant aux syphilides cutanées, elles ont po
voquer aucun prurit, aucune douleur. Souve
et, se bornant par exemple au tronc ou aux
visage. Elles peuvent donc, à ces divers titres
tion. La roséole, spécialement, la plus comm
lides, reste maintes et maintes fois ignorée ;
souvent aux malades que les malades ne nous
part, sont-elles reconnues comme symptômes
être méconnues *comme nature* et rapportée
gaires, à des dartres, voire à des causes
« âcretés d'humeurs, humeurs en mouveme
révolutions de sang, laits répandus, éruption

De même les syphilides des muqueuses
simples « boutons », d'écorchures, d'éraillures
ments, etc. La plaque muqueuse des lèvres, p
guère d'être prise pour une « brûlure »

de la cigarette, ou bien encore pour un herpès, un aphthe, etc. — Fréquemment, d'ailleurs, ces syphilides restent latentes parce qu'elles ne sont pas douloureuses.

De même encore l'angine secondaire est généralement prise par les malades pour une angine commune, pour un mal de gorge vulgaire, résultant d'un coup de froid.

De même, la plaque muqueuse anale est communément taxée « d'hémorrhoïde ».

Pour les adénopathies, soit primitives, soit secondaires, elles ont une excellente raison, à savoir leur indolence et leur aphlegmasie habituelle, pour ne pas préoccuper les malades, qui le plus souvent ne s'en aperçoivent même pas.

Discrètes et non prurigineuses, les éruptions du cuir chevelu sont également peu remarquées.

L'alopécie, j'en conviens, est mieux faite pour éveiller le soupçon. Mais, en général légère et toujours temporaire, elle est facilement mise sur le compte d'une cause banale. Les cheveux, d'ailleurs, ne tombent-ils pas pour des motifs très divers ou même sans raison connue ?

Les maux de tête sont-ils plus suspects ? Nullement encore. Presque invariablement ils passent pour d'innocentes « *migraines* » ou de vulgaires névralgies.

Et, enfin, quant aux douleurs des articulations et des membres, le *rhumatisme* n'est-il pas toujours là pour en endosser complaisamment la responsabilité ?

De sorte qu'au total, Messieurs, un malade peut avoir éprouvé, de par la vérole, tout ou partie des accidents qui précèdent *sans se douter qu'il ait eu la vérole*. Conséquemment, il la niera en pleine sincérité, si, plus tard, vous venez à l'interroger en ce sens; avec la plus absolue bonne foi, il la récusera.

Et cela, j'ai la plus convaincante des preuves à vous en fournir. Car, en certains cas, vous entendrez des malades renier la vérole en bloc et la confesser naïvement en détail par l'exposé de leurs antécédents morbides. « Non, certes, vous diront-ils, je n'ai pas eu la vérole. Tout ce que j'ai eu est ceci : un *bouton* aux parties, lequel s'est cicatrisé tout seul et en peu de temps ; donc, ce n'était rien. Plus tard, il m'est venu des *dartres* à la peau. Du reste, j'avais les humeurs en mouvement à cette époque, car, vers le même temps, j'ai été éprouvé par de violentes *migraines*, par des *névralgies*, par des *douleurs de gorge*, avec des *glandes au cou*. J'ai même eu aussi du rhumatisme, avec *douleurs dans les articulations et les muscles*. Mais tout cela, comme vous le voyez, n'a rien à faire avec le mal que vous me supposez ; et, pour la vérole, vous pouvez être sûr, docteur, que je ne l'ai jamais eue. » Eh bien, que pensez-vous, Messieurs, d'un tel exposé de symptômes ? N'est-ce pas là une belle et complète

observation de vérole, racontée par le malade même qui ren vérole ? Or, il n'est pas rare que la syphilis soit *niée* de la sort même temps que *confessée* dans ses symptômes, quand on a so remonter *avec détails* aux antécédents morbides (1).

D'ailleurs, quand on analyse de près la question, on arrive bi à se convaincre que, pour bon nombre de raisons des plus dive la syphilis a toutes chances de rester assez souvent ignorée ces raisons je ne ferai que vous citer les principales, à sa comme exemples :

1° *Bénignité de l'étape secondaire.* — Il est des syphilis d'une gnité initiale singulière et vraiment faite, par cela même, pour ner le change aux malades. Tout leur bilan se compose de ceci petit chancre, ne différant guère d'une érosion, d'une écorchur une roséole, qui, en raison de son indolence, passe générale inaperçue ; — quelques érosions buccales ou gutturales, assez blables à des herpès ou des aphthes ; — quelques glandes ; — et autre, rien autre parfois pour de longues années, jusqu'à l'inva du tertiarisme. N'est-ce pas là, par excellence, un ordre de syp exposées à rester méconnues ?

Il n'est pas très rare, d'ailleurs, que, par aventure, on surpr *au passage*, si je puis ainsi parler, quelqu'une de ces syphilis i rées des malades. Un exemple, entre tant d'autres de même or Un jeune homme (étudiant en médecine, remarquez cette partic rité qui a bien son prix) vient me consulter pour un « point de c assez douloureux, qui « lui fait craindre un début de pleurésie l'ausculte et ne trouve absolument rien de thoracique. Me dé d'un zona en raison de la douleur, je prie le malade d'enlever sa mise, et alors je ne suis pas médiocrement surpris d'apercevoir indéniable roséole bien vraisemblablement syphilitique. « — M vous avez des taches sur le corps, lui dis-je. — Des taches ? Certa ment non. — Comment, non ? Mais regardez-vous donc. — Ti c'est vrai. Je ne m'étais pas aperçu de cela. — Mais, en outre, avez dû avoir un chancre à la verge ou ailleurs ces derniers ter — Un chancre ? Pour cela, non. » — Bref, je l'examine et trouve verge la cicatrice nettement indurée d'une érosion que le ma avait eue là quelques semaines auparavant et qu'il avait prise « une écorchure », en dépit de deux pléiades inguinales ! A voilà, sur un étudiant en médecine, une syphilis qui était en trai passer inaperçue et qu'un hasard seul a fait rentrer dans la catég des syphilis connues.

2° *Extra-génitalité de la contagion et du chancre.* — Pour les du monde, commerce vénérien et vérole sont deux termes étroiter

(1) Voy. *Étude sur les syphilis ignorées*, par le Dr Louis Jumon. Thèse de 1880. — *La syphilis ignorée*, par Mlle Levin. Thèse de Paris, 1898.

unis, dont le premier sert d'origine nécessaire au second. La vérole, à leurs yeux, a donc l'obligation d'être vénérienne comme cause et génitale comme localisation première. Aussi bien toute syphilis issue d'un autre contact que le contact vénérien et née ailleurs qu'aux régions génitales aura-t-elle toute chance pour rester ignorée ou tout au moins méconnue. Conséquemment, ce qu'on appelle en langage technique l'extra-génitalité du chancre constitue une raison majeure pour que la syphilis évolue sous le couvert non moins qu'avec les dangers de l'anonymat. Bien sûrement, c'est par le fait de contaminations extra-génitales que nombre de sujets ont la syphilis *sans le savoir*.

Et, franchement, on a bien le droit, à moins d'être médecin, de ne pas se croire exposé à contracter la vérole alors, par exemple, qu'on va demander à la vaccine une sauvegarde contre la variole; — alors qu'on se fait raser chez un coiffeur; — alors qu'on emprunte une pipe à un ami; — alors qu'un auriste vous cathétérise la trompe d'Eustache; — alors qu'on s'assied sur un siége de cabinet d'aisances; — alors qu'on se fait tatouer; — alors qu'on souffle une bouteille; — alors qu'on embrasse ou qu'on soigne un nourrisson, etc. Sans parler même des contaminations domestiques, des contaminations professionnelles, médicales, ou purement accidentelles, auxquelles on ne s'attend pas et que bien souvent même on est dans l'impossibilité d'expliquer après coup. La *syphilis des innocents* n'est certes pas un vain mot, et elle compte infiniment plus de victimes qu'on ne saurait croire (1).

Un exemple, entre des centaines d'autres qu'il y aurait à citer. Deux vieux époux vont se faire vacciner au moment d'une épidémie de variole qui sévissait dans une petite localité où ils se trouvaient en villégiature. Ils reviennent à Paris, sans se douter que *cinquante* autres personnes qui avaient été vaccinées à la même source ont été contaminées de syphilis, et restent indifférents à diverses manifestations morbides qui ne tardent pas à se produire sur eux. Mais, deux ans plus tard, surgissent des accidents graves (double choroïdite sur la femme, et troubles cérébraux sur le mari). Alors seulement on s'inquiète, on consulte. Bref, MM. Rendu, Hardy et moi aboutissons à diagnostiquer bien sûrement la syphilis sur l'un et l'autre de ces malades, à reconstituer toute l'histoire de cette syphilis et à découvrir comme véritable origine de cette double infection une inoculation vaccinale faite avec le vaccin d'un nourrisson hérédo-syphilitique.

3° Pour le sexe féminin, il est une raison plus que propice à l'inconscience de la syphilis. C'est qu'en effet bon nombre d'honnêtes femmes, de braves ménagères sont absolument *ignorantes* d'une

(1) Voy. mes leçons sur les *Chancres extra-génitaux*, Paris, 1897. — Voy. aussi et surtout l'admirable ouvrage du professeur Duncan Bulkley sur la même question (*Syphilis in the Innocent*, *Syphilis insontium*, New-York, 1894).

telle maladie et de toutes choses qui lui sont afférentes. Si bie (cela m'est arrivé plusieurs fois), lorsqu'un médecin vient à leur ler qu'elles en sont affectées, elles lui répondent avec plus d veté que d'effroi : « La syphilis ? Mais qu'est-ce que cela ? Jam n'ai entendu parler de cette maladie. » — Inutile de dire si, telles conditions, la syphilis a beau jeu pour rester ignorée.

Comment, d'ailleurs, s'étonner de cela et de tout ce qui pr alors qu'on a vu la syphilis rester ignorée sur des sujets qu métier, devraient ne pas la méconnaître, à savoir sur des étu en médecine, sur des sages-femmes, sur des accoucheurs, s *médecins*! J'ai dans mes papiers l'histoire de *six médecins* q laissé évoluer sur eux inconsciemment la syphilis jusqu'au m où des accidents graves sont venus la leur révéler. L'un d'eux, cheur célèbre, avait contracté la maladie en faisant une versi une femme syphilitique. Un grand chirurgien du siècle a long méconnu une syphilis qu'il devait à un chancre du doigt con professionnellement, chancre qu'il avait pris pour un panaris.

4° *Considérations morales.* — Beaucoup plus souvent qu' pense, des considérations de cet ordre jouent un rôle dans l'éti des syphilis qui restent ignorées ou méconnues. Nombre de raisonnent ainsi, tout en constatant qu'ils ont « quelque chose ne peut être la syphilis que j'ai contractée, parce que la femme cela dérive est une « honnête femme, une femme mariée », une f « dont ils sont sûrs, parfaitement sûrs ». Et ils ne s'inquiètent et ils ne songent même pas à prendre l'avis d'un médecin. Tel le cas, entre tant d'autres, du jeune étudiant en médecine d vous racontais l'histoire tout à l'heure. Avec un chancre typ avec une indéniable roséole, il était à cent lieues de suspecte syphilis. Il avait bien constaté son chancre, comme il me le lui-même, mais « il n'avait pu croire que c'était un chancre, que sa maîtresse était une femme très honnête, dont il était lument sûr ».

A fortiori, une femme vraiment honnête et mariée reste-t-elle vent inconsciente de la syphilis qu'elle a reçue d'un mari en l elle a pleine confiance.

5° *Dissimulation médicale de la syphilis.* — Ce dernier graphe ne concerne que la femme et, plus particulièremen femme mariée. Il mérite, comme vous allez le voir, toute attention.

Nombre de femmes (et beaucoup plus qu'on ne l'imagin *à priori*) restent inconscientes de leur syphilis pour une très si raison ; c'est qu'on a tout fait pour la leur dissimuler, pour donner le change, pour les *tromper* à ce sujet. Elles savent certes, qu'elles ont eu tels ou tels symptômes, mais elles ne s pas que ces symptômes étaient d'ordre syphilitique, parce qu'on

a dit précisément le contraire, parce que mari et médecin ont affublé ces symptômes de pseudonymes honnêtes et acceptables. Si bien même qu'au cas assez commun où elles viennent plus tard à être affectées de quelque lésion au sujet de laquelle elles sont interrogées par un autre médecin, elles renient la syphilis à ce médecin ignorant du passé. « Non, certes, lui disent-elles, je n'ai rien eu de *mauvais*; j'ai bien eu ceci ou cela à telle ou telle époque, mais rien de syphilitique, je vous assure, car le médecin qui me traitait à cette époque n'a jamais eu un tel soupçon. » Ces femmes ignorent donc leur syphilis de par *dissimulation médicale* de la syphilis; elles l'ignorent en raison d'un diagnostic de complaisance énoncé par un médecin, sur invitation du mari.

Une digression est ici nécessaire parce qu'elle est d'ordre pratique et que je parle à de futurs praticiens.

Je vous entends me dire : « Mais comment un médecin peut-il se faire complice d'un mari, pour tromper une femme sur la syphilis que cette femme a reçue de son mari ? » — Réponse : Parce qu'en l'espèce il n'a pas autre chose à faire, et que, de toutes les alternatives entre lesquelles il s'agit de choisir en pareille occurrence, celle-ci est la *moins mauvaise*, la moins mauvaise en ce qu'elle est la plus profitable à la femme. — Je m'explique.

Lorsqu'il arrive à un mari de contagionner sa femme, très généralement la situation s'engage entre mari et médecin de la façon suivante. Le mari accourt chez le médecin dont il a fait choix et commence ainsi l'entretien : « Docteur, un grand malheur m'arrive. J'avais la vérole, et, par une imprudence des plus coupables, je l'ai communiquée à ma femme. Je viens donc réclamer vos soins pour ma femme. Mais, avant tout, ce dont je vous prie et vous supplie au nom de ce que vous avez de plus cher, c'est de *ne pas dire ce qui en est* à votre future cliente, c'est de lui laisser ignorer à jamais la nature et le nom de l'affreuse maladie dont elle est affectée grâce à moi. Car, si elle pouvait se douter de ce qu'elle a, tout serait fini entre nous; ce serait fait de l'affection et de l'estime qu'elle a pour son mari, ce serait fait d'un double bonheur domestique jusqu'alors sans nuages, etc. Donc, promettez-moi, en même temps que vos bons soins pour elle, un silence absolu vis-à-vis d'elle sur la nature de sa maladie. »

Que répondre à cela ? Avons-nous le devoir ou même le droit de nous récuser, en déclinant le double service qu'on réclame de nous, à savoir de traiter cette femme et de la traiter en la laissant dans l'ignorance de la maladie dont elle est affectée ? Non. Car, un refus (refus qui, notez-le, serait général de la part de tous les médecins, s'il était un devoir) ne risquerait que trop d'aboutir à ce que le mari laissât sa femme *sans traitement* plutôt que de consentir à un aveu qui le compromettrait. Ce refus serait, en propres termes,

condamner cette malheureuse femme à tous les dangers d'une syphilis non traitée, ce qui constituerait pour elle *la pire* des solutions.

Donc, nous accepterons. Et nous voici dès lors engagés vis-à-vis de cette femme, de concert avec le mari, dans une véritable *conspiration du silence* quant à la maladie dont nous la traiterons.

Singulière situation, à coup sûr; mais situation non incompatible avec la dignité médicale. Car, après tout, nous n'en sommes pas responsables, nous médecins; ce n'est pas nous qui l'avons faite; nous ne faisons que la subir, et nous ne la subissons même que dans une double intention essentiellement bienfaisante et morale, à savoir: 1° en vue de traiter une malade qui encourrait grand risque de ne pas être traitée sans notre acquiescement au silence, ce qui, je le répète, serait pour elle la pire des éventualités; et 2° en vue de sauvegarder l'union d'un ménage.

Conclusion de tout ce qui précède :

1° Oui, très certainement oui, la syphilis peut être ignorée;

2° Conséquemment, il est des cas de syphilis à propos desquels le diagnostic doit — et cela pour le plus grand bien des malades — être institué exclusivement d'après les symptômes perçus par le médecin, en dépit des dénégations opposées par les malades et en l'absence de tout commémoratif d'ordre spécial.

Reste une dernière question : **Quel est le degré de fréquence de ces syphilis ignorées ?**

Cette fréquence est supérieure à ce qu'on pourrait croire. Je l'estime, d'après des statistiques que je vais citer, à 4,48 p. 100 cas de syphilis observés en bloc, j'entends sur l'un et l'autre sexe.

Mais ce chiffre demande à être expliqué. Car, énoncé comme je viens de le faire, il donnerait à croire que, sur 100 syphilis observées soit chez l'homme soit chez la femme, on en rencontre 4,48 à l'état de syphilis ignorée, ce qui constituerait une double erreur.

La vérité est que la syphilis se présente ignorée, chez l'homme, dans la proportion de 3 p. 100; — et, chez la femme, dans la proportion de 18 p. 100, environ.

Conséquemment, la syphilis ignorée est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme, à savoir (approximativement) *six fois plus fréquente*.

Ces chiffres résultent d'une statistique basée sur 4257 cas de syphilis tertiaire observés par moi chez la femme et chez l'homme, cas se répartissant de la sorte :

Cas de syphilis tertiaire observés chez l'homme....	3,862
Cas de syphilis tertiaire observés chez la femme...	395
Total.....	4,257

Or, sur ce nombre, les cas à antécédents spécifiques nuls ou du moins déclarés nuls par les malades (1), c'est-à-dire les cas constituant ce qu'on appelle des *syphilis ignorées*, se sont élevés :

1° Chez l'homme, à	120 cas.
2° Chez la femme, à	71 —
Total	191 cas.

D'où cette proportion au pourcentage :

Syphilis ignorée chez l'homme	3,10 p. 100 cas.
— chez la femme	17,9 — —

Cette disproportion d'un sexe à l'autre est donc considérable, comme en témoignent les chiffres précités. Mais elle a son explication très naturelle et très simple dans la série nombreuse des raisons diverses qui concourent à laisser la syphilis ignorée chez la femme, raisons sur lesquelles je viens d'insister.

Seconde remarque, ressortant avec non moins d'évidence de l'observation courante : *La fréquence de la syphilis ignorée est très différente suivant les milieux sociaux.*

Elle est minime (surtout en ce qui concerne l'homme) dans les classes élevées, bourgeoises ou aristocratiques.

Elle est bien autrement accentuée dans les basses classes, dans le peuple.

Ainsi, dans la clientèle de ville, il est vraiment peu commun de rencontrer une manifestation tertiaire sans obtenir immédiatement du malade la déclaration d'un passé syphilitique plus ou moins circonstancié. Tandis qu'à l'hôpital c'est chose courante d'observer le tertiarisme sans antécédents connus. A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons pas compté, en l'espace d'un semestre, moins de 28 cas de syphilis tertiaire sans antécédents connus des malades.

Et cette différence se conçoit de reste ; elle aurait pu être énoncée *à priori*, avant le contrôle de la clinique.

C'est qu'en effet l'homme du monde, de par son éducation, ses conversations, ses lectures, est généralement initié à la connaissance de la syphilis. D'autre part, il est soigneux de sa personne et particulièrement soucieux de sa santé spéciale (vous me comprenez). Il s'observe, et, à la moindre alerte, il a le temps et l'argent pour aller chez un médecin se renseigner sur la mésaventure, petite ou grande, qui vient de lui arriver, etc. Conséquemment, il ne court que peu de risques d'être pris en défaut et de laisser évoluer sur lui la syphilis sans le savoir.

(1) Il va sans dire que j'ai soigneusement exclu de cette statistique les cas où les accidents observés chez les malades pouvaient être rapportés à une hérédité spécifique, comme aussi tous les cas pouvant prêter à quelque doute sur la qualité spécifique des accidents.

Tout au contraire, l'homme du peuple, l'ouvrier, le manœuvre reste presque toujours plus ou moins ignorant de toutes choses afférentes à la syphilis. Il est moins soucieux de sa personne et prête moins d'attention à lui-même. Plus dur au mal, suivant l'expression consacrée, il s'inquiète moins de légers incidents morbides, tels que ceux par lesquels se traduit usuellement la syphilis dans ses étapes primaire et secondaire. Que de fois, par exemple, à nos consultations d'hôpital, ne découvrons-nous pas des chancres absolument ignorés des malades qui les portent ! Ou bien même, alors qu'il se sent malade, le prolétaire, absorbé par le souci du pain quotidien, reste indifférent à ce qui ne l'empêche pas de travailler pour vivre. A-t-il d'ailleurs l'argent et le temps nécessaire pour aller consulter un médecin ou venir à l'hôpital réclamer une consultation dite gratuite, mais en réalité très onéreuse en ce qu'elle lui coûte une journée ou tout au moins une demi-journée de salaire? Il laisse donc aller les choses. Au total, donc, ou bien il reste inconscient de sa maladie, ou bien il ne la constate parfois que pour la méconnaître.

IV

PRONOSTIC.

Il serait prématuré d'aborder ici la question du pronostic général de la syphilis, puisque nous ne connaissons encore, de par ce qui précède, que les deux premières étapes de la maladie, et que, comme chacun le sait, les grands dangers de l'infection spécifique sont contenus dans la troisième. Je n'aurai donc en vue ici que de rechercher si quelques éléments de *pronostic prévisionnel* peuvent être tirés de la qualité des symptômes par lesquels se traduit la maladie ou de l'évolution qu'elle affecte dans ses deux périodes initiales.

Quelques remarques d'ordre général s'imposent cependant au début de cet exposé. Ainsi, trois points sont à spécifier tout d'abord.

I. — *Le pronostic de la syphilis est bien loin d'être équivalent, dans n'importe quel cas particulier, à la somme intégrale des manifestations qu'elle est susceptible de produire.*

Il s'en faut, en effet, et de beaucoup, que la syphilis épuise tous les symptômes dont elle est capable sur un même sujet. Bien au contraire, dans un cas donné, quel qu'il soit, elle se borne toujours à un certain nombre d'accidents, nombre toujours très inférieur à celui qu'elle devrait atteindre si elle était astreinte à compléter son cadre. De sorte qu'en définitive la vérole n'est jamais *tout ce qu'elle pourrait être.* Relativement à ce qu'elle pourrait faire, elle est plutôt avare que prodigue de ses manifestations. — C'est là un point qu'il suffira d'énoncer.

II. — *Le pronostic de la syphilis est bien loin d'être toujours adéquat*

à celui des manifestations propres par lesquelles elle se traduit dans un cas donné ; il comporte en plus certains **dangers indirects** *de la maladie.*

Sans doute il est des sujets (privilégiés, ceux-ci) pour lesquels la syphilis est la syphilis et rien de plus. Pour eux, les dangers de la maladie se réduisent à ceux des symptômes qui dérivent directement de la maladie. Mais il en est quantité d'autres pour lesquels la syphilis, de par la réaction et l'influence générale qu'elle exerce sur l'individu, devient, indépendamment de ses symptômes propres, l'occasion de troubles morbides de tout autre nature, ne comportant plus rien de spécifique.

En autres termes, la syphilis n'a pas seulement ses dangers *directs*, elle a aussi ses **dangers indirects**, sur lesquels j'ai déjà insisté assez longuement dans un autre chapitre de cet ouvrage (p. 256 et suiv.) pour n'avoir plus à y revenir. Je ne ferai donc que rappeler ici, à propos de ces derniers, ce que j'en disais précédemment, à savoir qu'en nombre de cas ils sont de nature à assombrir singulièrement le pronostic de la syphilis, au point de devenir parfois plus sérieux et plus graves que ceux qui dérivent des manifestations spécifiques, voire au point de reléguer la syphilis au second plan dans l'ensemble morbide dont elle est originairement cause. De l'expérience clinique, en effet, il ressort :

1° Que la syphilis constitue parfois une véritable **cause d'aggravation** ou même, en certains cas plus rares, de **malignité** pour les maladies incidentes qui viennent à sévir sur un organisme contaminé ;

2° Que, de même, en diminuant, en infériorisant les forces de résistance de l'organisme vis-à-vis des influences pathologiques de tout ordre, elle expose les sujets qu'elle affecte à subir d'autant plus facilement ces dites influences. Un sujet syphilitique, j'en ai la conviction, est *plus vulnérable* qu'un sujet sain, plus accessible à tel ou tel contage, moins réfractaire au développement de telle ou telle prédisposition héréditaire ou acquise, etc. C'est de la sorte assurément que la syphilis aboutit souvent à la scrofule, à la tuberculose, aux manifestations diverses du nervosisme, à l'herpès, à la leucoplasie, à l'épithéliome, à la pelade, et à tout le groupe (qui va s'élargissant de jour en jour) des affections dites *parasyphilitiques*. Sans parler même (mais ceci ressort pour l'instant de notre sujet) de ces curieux troubles dystrophiques qui sont les conséquences de l'hérédité spécifique.

Très certainement, donc, la syphilis *exalte la susceptibilité morbide* et ouvre le champ à des états morbides multiples non moins que divers, qui, sans elle, sans son appoint, auraient pu ne jamais se produire. Cela, à coup sûr, n'est pas et ne sera jamais démontrable d'une façon mathématique ; mais cela est le résultat de l'observation et de l'impression cliniques, lesquelles sont les meilleurs juges en pareille matière.

Or, ces dangers indirects de l'infection spécifique, on les oublie trop souvent, quand on parle de son pronostic général. « La vérole, dit-on, c'est la vérole, et rien de plus. » Nullement, dirai-je à mon tour. La vérole, c'est d'abord la vérole; mais c'est ensuite et surtout, au moins pour nombre de cas, la santé générale compromise, l'organisme débilité, la constitution défaillante, et, conséquemment, les *imminences morbides accrues* en même temps que la *résistance vitale amoindrie*.

Et ces dangers indirects, je ne crains pas de le répéter encore, sont souvent bien supérieurs, comme gravité, à ceux qui dérivent directement de la syphilis. Ainsi, *quoi de plus grave dans toute la syphilis que les affections parasyphilitiques*? Contre la syphilis vraie, nous avons le recours puissant (je ne dis pas infaillible) des agents spécifiques ; tandis que, vis-à-vis de la parasyphilis, nous sommes le plus souvent désarmés. On guérit, par exemple, ou l'on a chance de guérir une myélopathie syphilitique; mais guérit-on le tabes ?

I

Étant donné un cas quelconque de syphilis, il y a toujours lieu, relativement à la question qui nous occupe, de distinguer : 1° **son pronostic actuel**, et 2° **son pronostic d'avenir**.

Le pronostic actuel est celui de l'accident ou des accidents qu'on a sous les yeux, celui de la période où en est arrivé le malade. Le pronostic d'avenir, c'est l'éventualité tertiaire, c'est-à-dire la possibilité d'accidents éloignés, venant à se produire à cinq, dix, quinze, vingt, trente ans de date, et plus tard encore, après le début de l'infection.

Or, de ces deux pronostics, l'un, le premier, peut toujours être facilement établi d'après la qualité des symptômes actuels, l'état général du malade, l'influence exercée par le traitement, etc. L'autre, bien au contraire, reste toujours plus qu'incertain et ne saurait *en aucun cas*, comme nous le verrons bientôt, être déterminé d'une façon précise. C'est ce dernier cependant sur lequel il y aurait intérêt majeur à être fixé. Et pourquoi ? C'est qu'*en lui réside la gravité habituelle, la gravité vraie de la vérole*.

Dressons, en effet, le bilan pronostique de la maladie et voyons à quelle période, à quelle étape, la syphilis est surtout redoutable.

Les dangers de la syphilis sont-ils dans l'étape primaire? Non, bien évidemment.

Sont-ils dans l'étape secondaire? Non encore, du moins pour la très grande généralité des cas.

Sont-ils dans l'étape tertiaire ? Oui, certainement oui.

Et, en effet, pour reprendre une à une ces trois propositions, de quoi

se compose l'étape primaire? D'un accident local, petit, minime, insignifiant, et d'une adénopathie proportionnellement bénigne, au point de passer le plus souvent inaperçue. — Le phagédénisme, il est vrai, peut compliquer le chancre; mais ce n'est là, on le sait, qu'une éventualité des plus rares, voire tout à fait exceptionnelle. Donc, au total, rien à craindre de la période primaire.

La période secondaire est-elle plus à redouter? Assurément. Au total, néanmoins, elle est plutôt *vexatoire* que grave, en général. Elle afflige bien les malades de symptômes multiples, visibles, affichants, pénibles, très pénibles même parfois; mais elle ne fait guère que cela, le plus fréquemment du moins, et ne comporte pas en général, surtout avec l'aide du traitement, de pronostic véritablement grave.

J'accorde qu'à cette étape de la vérole se rattachent certaines manifestations sérieuses, telles que les suivantes :

Affections oculaires, pouvant aboutir à compromettre la vision; — *surdité foudroyante*; — *néphrite*; — *ictère grave*; — *troubles dénutritifs*, susceptibles de déterminer une débilitation plus ou moins persistante, de diminuer la résistance de l'organisme vis-à-vis d'affections incidentes, d'ouvrir carrière à des prédispositions morbides en puissance, etc. (1). — Mais ces diverses manifestations sont rares, et d'autant plus rares qu'elles sont plus graves. Il est tout à fait insolite qu'elles mettent la vie en cause. Il est absolument exceptionnel qu'on meure de syphilis secondaire.

De sorte que, tout compte fait, la période secondaire n'expose les malades qu'à un nombre restreint de manifestations plus ou moins importantes. Ce n'est pas elle assurément qui fait le danger de la vérole.

Le danger de la vérole, il réside dans la *période tertiaire*. C'est la période tertiaire, en effet, qui produit ces lésions ulcéreuses, destructives, qui aboutissent à des délabrements irréparables, ou bien ces scléroses atrophiques, désorganisatrices, qui anéantissent les parenchymes. C'est elle qui s'attaque aux viscères, de façon à compromettre les fonctions les plus essentielles et menacer les organes indispensables à la vie. C'est elle qui met en cause, et d'une façon toujours sérieuse, les os, les muscles, les testicules, le larynx, les poumons, le foie, les reins, le cœur, le cerveau, la moelle, etc. Rien n'est indifférent dans la période tertiaire; tout y est ou peut y devenir grave, si le traitement n'intervient pas; et, même avec le traitement, il est dans cette période de la maladie nombre de lésions qui, à un moment donné, s'élèvent au-dessus des ressources de l'art, pour se terminer soit par des infirmités permanentes, soit même et fréquemment par la mort.

(1) Je ne parle pas ici de l'avortement, si commun comme accident de l'étape secondaire, parce que, s'il est fatal pour le fœtus, il reste indifférent pour la mère.

Donc :

LE PRONOSTIC GÉNÉRAL DE LA SYPHILIS EST SUBORDONNÉ P
EXCLUSIVEMENT A CELUI DE LA PÉRIODE TERTIAIRE.

Donc, aussi, pour les deux périodes que nous avons étudié qu'ici, il s'ajoute toujours au pronostic actuel un *pronostic* beaucoup plus sérieux, beaucoup plus alarmant, que le méd doit jamais perdre de vue et contre lequel d'emblée doit être l'effort thérapeutique. Guérir un malade des accidents primair rien ; — le guérir ou le préserver des vexations de la période daire n'est que minime partie de l'œuvre à accomplir ; — pré période tertiaire, *conjurer l'imminence tertiaire*, voilà le but e à atteindre ; *tout est là*.

En conséquence, il y aurait pratiquement un intérêt majeu renseigné sur ce pronostic d'avenir et à savoir si telle syph destinée ou non à passer par l'étape tertiaire. Malheureus les éléments de ce diagnostic prévisionnel nous font presque lument défaut; et, un cas de syphilis jeune étant donné, n pouvons dire s'il aboutira ou non aux accidents de cette tro et redoutable période. Sans doute, comme vous allez l bientôt, il nous est permis d'émettre sur ce point quelques pré tions favorables ou défavorables, quelques espérances ou qu craintes basées sur des inductions rationnelles ; mais il no interdit d'aller au delà de simples présomptions, à cou fort modestes, et la certitude absolue nous échappe en p matière. — Du reste, la discussion qui va suivre fixera les à cet égard.

On a beaucoup parlé, surtout dans ces derniers temps, de v *bénignes* et de véroles *graves*, de véroles *faibles* et de véroles « La vérole n'est pas toujours la même, a-t-on dit. Tantôt (à n que les types extrêmes) elle se borne à quelques accidents lég superficiels, après lesquels, spontanément, elle rentre dans le sil et tantôt, au contraire, elle inflige aux malades des manifest multiples autant que sérieuses, qui se succèdent à divers inter et témoignent d'une infection grave permanente. Donc, il y degrés et des formes variées d'intoxication, etc. » Cela est absol vrai ; et cela, d'ailleurs, n'est pas une nouveauté, car les prat de tous les temps ont reconnu dans la syphilis des types différents comme symptômes, comme évolution, comme grav

Jusqu'ici, rien de mieux. Mais on est allé plus loin, et l'on pouvoir inférer de certains signes empruntés aux périodes pri et secondaire ce que doivent être les phases ultérieures de la ma On a voulu — qu'on me passe le mot — tirer l'horoscope de la d'après certaines particularités fournies par le chancre ou les dents secondaires. De louables efforts, auxquels je rends toute ju

ont été faits en ce sens pour éclairer le pronostic d'avenir de la diathèse. Je regrette d'avoir à dire qu'ils n'ont guère avancé la question. Plus sévèrement, je dois même ajouter que certaines inductions plus que téméraires, récemment émises à ce propos, ont introduit dans la science de dangereuses erreurs. On va en juger.

Il est possible, il est « facile » même, a-t-on dit, de pronostiquer « à première vue » l'avenir d'une syphilis, et cela d'après quelques signes tels que les suivants : provenance de la contagion; — caractères de la lésion primitive ; — durée de la première et de la seconde incubation ; — caractères de la première poussée d'accidents généraux ; — nombre, forme, écart chronologique des poussées ultérieures ; — développement de certains symptômes de fâcheux présage (adénopathies multiples, alopécie, iritis, onyxis), etc.

Ainsi, on a donné comme indices et garanties d'une vérole légère, destinée à s'épuiser rapidement : l'origine *secondaire* de la maladie, ou, en autres termes, sa filiation originelle procédant d'un accident secondaire ; — la forme érosive et l'induration minime du chancre ; — le caractère bénin de la première poussée; — la série peu nombreuse des poussées ultérieures, espacées les unes des autres par de longs intervalles, etc.

Inversement, il y aurait lieu, dans le même ordre d'idées, à redouter une vérole grave et longue si la maladie dérive de la contagion d'un accident primitif ; — si l'incubation de cet accident a été courte; — si le chancre est ulcéreux et fortement induré ; — si la première poussée éruptive appartient à une autre forme que l'érythème simple ; — s'il se produit ensuite des poussées multiples, se succédant à courtes échéances, etc., etc.

Qu'y a-t-il de vrai et de fondé dans tout cela? C'est là ce que j'ai devoir d'examiner actuellement.

I. — D'abord, existe-t-il une relation forcée, constante, ou même habituelle, entre la *provenance* d'une syphilis et son degré d'intensité? Est-il démontré que toute syphilis née de la contagion d'un chancre doive être une syphilis *forte*? Et surtout (contre-partie plus importante en l'espèce) est-il vrai que toute syphilis dérivée d'une contagion secondaire soit astreinte à n'être dans le présent et l'avenir qu'une syphilis *faible*?

Pour qu'un fait majeur comme celui-ci pût être accepté, il devrait reposer sur un nombre considérable d'observations — et d'observations bien authentiques, bien complètes, surtout *de longue haleine* — permettant d'établir un parallèle démonstratif entre les syphilis dérivées du chancre et les syphilis dérivées d'un contage secondaire. Or, où sont les observations de ce genre? On les chercherait vainement. Nous n'avons pas même les éléments d'une statistique sérieuse à ce sujet.

l'œuvre tout entière se peint fidèlement, se dessine, pour qui sait lire. Si un seul signe m'était accordé pour prédire la destinée spéciale d'un homme chez qui la syphilis commence, c'est assurément celui-là que je choisirais. »

Dans cette doctrine, rien de plus facile à établir que le pronostic d'avenir de la vérole. La première poussée à la peau se fait-elle sous forme d'un érythème simple, sans mélange de papules, de squames ou de croûtes, la syphilis ultérieure sera à jamais bénigne et « la cure spontanée en est presque certaine » (!). La première syphilide, au contraire, appartient-elle aux formes papuleuses, squameuses, vésiculeuses ou pustuleuses, c'est là une menace de syphilis grave.

Or, pour une part de vérité, cette proposition contient une bien large part d'erreur. Je m'explique.

Il est vrai, incontestablement, qu'au début d'une syphilis secondaire une roséole érythémateuse, pure et simple, comporte un pronostic *actuel* moins grave qu'une syphilide d'autre forme, notamment qu'une syphilide suppurative, ulcéreuse.

Il n'est pas moins vrai, réciproquement, qu'une syphilide de forme tardive, ulcéreuse par exemple, inaugurant le stade secondaire, constitue un indice *actuel* défavorable, autant qu'un fâcheux présage pour un avenir plus ou moins rapproché.

Mais cela seul est vrai, et toute autre induction tirée du caractère de la poussée primitive est dénuée de fondement.

Souvent, en effet, on voit des syphilis qui, s'annonçant assez mal à leur début, se mitigent au delà et s'apaisent. Réciproquement, et ceci est bien plus essentiel à spécifier, le début bénin d'une syphilis n'est en rien une garantie d'avenir. Un malade peut commencer la syphilis par une roséole et la finir — la finir n'est même que le mot propre pour certains cas — par un accident des plus graves. Pronostiquer aux malades qui ont la roséole un avenir sans nuages, c'est leur donner une sécurité des plus illusoires et partant des plus dangereuses. Loin de leur dire : « Vous êtes sauvés, car vous avez eu la roséole », il serait plus sage, je crois, et plus conforme à l'expérience de leur tenir un tout autre langage, tel que le suivant, par exemple : « Vous avez la roséole, et cela n'est rien quant à présent; mais cela ne veut pas dire que vous serez toujours quittes de la vérole à si bon marché ; cela veut dire au contraire que vous avez la vérole avec toutes ses conséquences et tous ses dangers possibles. Donc, méfiez-vous, tenez-vous en garde contre des éventualités d'avenir inconnues, et, pour cela, traitez-vous. »

C'est qu'en effet innombrables sont les cas où dix, vingt, trente ans après la roséole, des accidents tertiaires graves ont signalé la présence permanente de la vérole dans l'organisme. Citer des cas de cet ordre serait empiéter sur ce qui doit suivre ; je me bornerai donc à affirmer le fait, dont bientôt je produirai la preuve.

Conséquemment, le début d'une syphilis par un exanthème bénin, tel qu'une roséole, ne constitue en rien un gage d'immunité pour l'avenir.

IV. — Faut-il accorder plus de confiance aux présages qu'on a cru pouvoir tirer du nombre, de la forme, de l'espacement chronologique des *poussées ultérieures* ?

Sans doute des poussées multiples, intenses, se succédant à courts intervalles, attestent de la façon la plus évidente une « mauvaise vérole », qu'il importe de surveiller de près et de combattre énergiquement. Cependant elles n'attestent, à vrai dire, qu'une mauvaise vérole *actuelle* et n'engagent pas nécessairement l'avenir. D'ailleurs (car c'est toujours là le point essentiel), la réciproque est-elle vraie? Des poussées peu nombreuses, légères ou moyennes d'intensité, largement espacées les unes des autres, signifient-elles que la diathèse doit s'en tenir là et que l'éventualité tertiaire n'est pas à redouter? Mille fois non. Il est des syphilis, et un grand nombre, qui aboutissent aux lésions tertiaires les plus graves sans passer par la série intermédiaire de poussées successives sérieuses et multiples. Exemple, entre cent autres du même genre : J'ai sous les yeux actuellement un malade d'une quarantaine d'années, affecté d'une lésion cérébrale très certainement syphilitique et diagnostiquée telle, non pas seulement par moi, mais par trois de mes collègues. Eh bien, pour tous accidents antérieurs, ce malade n'a eu que ceci : un chancre induré, une syphilide papulo-squameuse assez légère, quelques syphilides de la gorge, quelques adénopathies, et rien autre. Voilà donc un cas où la syphilis pourrait se terminer par la mort, après ne s'être accusée au préalable que par un très petit nombre de manifestations des plus bénignes. — Or, ce fait à coup sûr n'a rien d'anormal et d'extraordinaire. C'est là tout au contraire un fait commun, banal, comme on en rencontre chaque jour et comme en fourmille l'étape tertiaire.

V. — Enfin, les *caractères du chancre* permettent-ils de préjuger la gravité ultérieure de la diathèse?

« Tel chancre, telle vérole », a-t-on dit. Au chancre vrai, ulcéreux, extensif, fortement induré, succède une vérole grave, une vérole forte. Au chancre érosif, superficiel, légèrement induré, correspond une vérole faible. »

C'est là ce qu'a tenté d'établir le célèbre syphiliographe Léon Bassereau, et, par un juste hommage, cette corrélation entre la qualité du chancre et celle des accidents consécutifs a reçu le nom de **LOI DE BASSEREAU**. Le texte même de l'auteur doit être reproduit ici :

«... Dans les syphilides érythémateuses et papuleuses, les chancres profonds, les chancres phagédéniques surtout, forment une exception rare.

L'érosion chancreuse est le symptôme qui précède le plus souvent ces éruptions. Dans la syphilide pustuleuse, au contraire, le chancre érodé devient le symptôme précurseur exceptionnel, tandis que le chancre profond et le chancre phagédénique en deviennent le symptôme précurseur régulier. C'est ce qui prouve qu'il existe une corrélation étroite entre le degré de gravité des symptômes primitifs et le degré de gravité des syphilides consécutives. Je pourrais même démontrer, si ce n'était sortir de mon sujet, que ces rapports de gravité n'existent pas seulement entre le chancre et les syphilides, mais qu'ils s'étendent pareillement aux affections des systèmes fibreux et osseux, et en général à tous les accidents syphilitiques qui peuvent être consécutifs au chancre. De sorte qu'on peut considérer comme une loi la proposition suivante : Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration ; après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries.

« Le chancre est donc comme la pierre de touche de la constitution. Par l'action qu'il exerce sur les tissus, il est permis de prévoir la marche des accidents consécutifs soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. La bénignité du chancre annoncera des symptômes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra, au contraire, de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité (1). »

Que penser de cette prétendue loi de concordance entre le chancre et la syphilis qui le suit ? — Ceci, à mon sens.

La loi de Bassereau est vraie en tant que traduisant un rapport de caractères entre les accidents de deux périodes *voisines*, à savoir entre le chancre et la première ou les premières poussées secondaires.

Mais elle est fausse, si on l'étend chronologiquement, c'est-à-dire si on la considère comme exprimant un rapport de caractères entre le chancre et les manifestations d'une période éloignée. — Je m'explique.

Oui, il est positif (réserves faites pour le chapitre des exceptions dont il faut toujours tenir compte en médecine) qu'un chancre bénin, simplement érosif, faiblement induré et de durée éphémère, n'est généralement suivi que de poussées secondaires parallèlement et proportionnellement bénignes, légères, peu durables, etc.

Oui encore, il est positif qu'un chancre ulcéreux, large, profond, fortement induré, et surtout un chancre à tendance phagédénique ou nettement phagédénique, appelle à sa suite en général une syphilis secondaire sérieuse, immédiatement féconde en accidents multiples, importants, notamment en dermatoses ulcéro-croûteuses ou en manifestations de modalité tertiaire constituant ce qu'en langage technique on appelle le *tertiarisme précoce*.

Mais, d'autre part, non, il n'est pas de relation à établir entre la

(1) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852, p. 442.

qualité du chancre et les suites *éloignées* de la syphilis. La preuve en est dans des milliers de cas où le chancre le plus bénin du monde a inauguré des syphilis qui, à échéances plus ou moins lointaines, se sont traduites par les accidents les plus sérieux, les plus graves, aboutissant souvent à une terminaison mortelle.

En sorte que la relation de forme comme bénignité ou comme gravité entre le chancre et les accidents dits constitutionnels *n'a qu'un temps*. Elle est formelle, indéniable entre le chancre et les *premières* poussées qui lui succèdent ; mais, au delà, elle n'existe plus. Chancre bénin, invasion secondaire bénigne ; chancre malin, invasion secondaire maligne, voilà qui est vrai. — Mais chancre bénin et syphilis indifféremment bénigne à toutes périodes, ou bien chancre malin et syphilis indéfiniment maligne, voilà qui est faux.

Chancre bénin et syphilis indéfiniment bénigne, voilà surtout la grosse et dangereuse erreur qui dériverait de la loi de Bassereau, si l'on acceptait cette loi dans le sens général qu'elle semble comporter et que très certainement ne lui rattachait pas Bassereau (1). Elle donnerait, en effet, à malades et médecins une sécurité des plus périlleuses sur l'avenir de toute syphilis ayant débuté par un chancre bénin.

Je le répète, le rapport exordial entre la modalité du chancre et la modalité de l'invasion secondaire constitue un fait vrai, consacré par l'observation clinique, fait pour lequel il convient de conserver le nom de **loi de Bassereau**. Mais à cela, et à cela seulement, se bornent les inductions légitimes à tirer des caractères du chancre. Tout autre pronostic prévisionnel déduit du chancre n'est plus qu'hypothèse, illusion, prophétie d'aventure, et rien de plus.

Au total, donc, le chancre ne fait, en toute vraisemblance, que traduire une disposition *actuelle* de l'organisme vis-à-vis de l'infection, et alors rien d'étonnant à ce que cette disposition, quelle qu'elle soit, se reflète, dans un sens corrélatif de bénignité ou de malignité, sur la période secondaire, puisque chancre et accidents secondaires se succèdent à courte échéance. Mais cette disposition n'est pas immuable nécessairement ; loin de là, elle peut se modifier avec le temps. De sorte qu'elle n'engage en rien l'avenir. Aussi telle syphilis qui « commence bien », suivant l'expression consacrée, n'en est-elle pas moins exposée à « mal finir », et cela sous des influences qui nous échappent absolument. En tout cas et quelle que soit l'explication du fait, ce qui est bien certain, c'est que la bénignité originelle du chancre n'implique en rien une bénignité équivalente de la syphilis dans ses périodes lointaines, ne constitue en rien une sauvegarde contre des éventualités tertiaires graves, voire des plus graves.

(1) Cela, je puis l'affirmer, pour avoir causé plusieurs fois de ce sujet avec l'éminent syphiliographe.

J'en ai fini avec la revue des signes principaux (faisant grâce au lecteur de plusieurs autres qui ne méritent pas discussion) sur lesquels on a voulu baser le pronostic prévisionnel de la syphilis. Aucun de ces signes, on vient de le voir, n'a de valeur réelle; aucun ne fournit de renseignements sérieux sur les éventualités possibles de la diathèse.

La plupart de ces prétendus signes reposent sur une conception toute théorique, à savoir : qu'il doit exister une concordance de forme et d'intensité entre les accidents initiaux de la maladie et ceux d'une époque postérieure. La vérole est-elle grave originairement, on suppose qu'elle doit continuer à être grave dans ses phases ultérieures; est-elle bénigne à ses débuts, on préjuge qu'elle restera bénigne indéfiniment, on se flatte même de l'espoir qu'elle sera bientôt éteinte. Or, ce rapport théorique entre les étapes successives de la diathèse est loin d'être légitimé par l'observation, et le présent, en syphilis, n'est en rien « le miroir de l'avenir ».

S'il ne s'agissait ici que d'une question de doctrine, je me bornerais à signaler l'erreur, et tout serait dit. Mais il y a plus, et j'ai devoir d'insister; car, en l'espèce, l'erreur doctrinale aboutit à des conséquences pratiques d'un intérêt considérable, comme on va en juger.

Lorsqu'une syphilis se borne, dans ses périodes primitive et secondaire, à un petit nombre d'accidents et d'accidents légers, on prend confiance et l'on se laisse aller involontairement (je dirais presque malgré soi) à traiter la maladie d'une façon moins énergique, moins assidue, moins prolongée, que dans des conditions différentes. Rien ne s'est produit de grave, rien ne se produit plus; il ne semble guère qu'il y ait utilité à prolonger, à « éterniser » le traitement. On cesse donc la médication, et le plus souvent, d'ailleurs, les malades, en suspendant leurs visites, vous épargnent le souci de décider s'il y aurait lieu de la continuer plus longtemps. Or, qu'arrive-t-il ? C'est que, très fréquemment, ces syphilis réputées bénignes et prématurément abandonnées à elles-mêmes se réveillent soudain, à échéances plus ou moins éloignées, pour se traduire par une manifestation tertiaire, manifestation toujours sérieuse, souvent grave, parfois même fatale. De cela? à qui la faute ? Pour une bonne part, assurément, à la doctrine optimiste qui, déchargeant de tout risque d'avenir les syphilis originairement bénignes, invite à ne leur opposer qu'un traitement provisoire, tout à fait insuffisant.

La vérité clinique, au contraire, la grande vérité essentielle à connaître, c'est que **la bénignité initiale d'une syphilis ne constitue en rien une immunité d'avenir**, c'est qu'une syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir.

J'en appelle ici à l'expérience commune. Quel médecin n'a pas eu à constater des accidents tertiaires graves chez des sujets à antécé-

dents spécifiques bénins; — chez des sujets dont le chancre n'avait été qu'un insignifiant bouton; — chez des sujets qui n'avaient éprouvé que des manifestations secondaires sans importance; — chez des sujets, enfin, dont les symptômes primitifs et secondaires avaient pu, à force même de bénignité, ou bien rester méconnus comme nature, ou bien même passer inaperçus?

Et les cas de ce genre sont-ils exceptionnels, sont-ils même rares? Nullement. Ils pullulent dans la science; ils pullulent dans la pratique courante. Je m'engage à en citer un grand nombre quand je ferai l'histoire de la période tertiaire. Mais dès aujourd'hui je tiens à en présenter quelques-uns, en raison de l'importance capitale qui se rattache à cette question.

Que le lecteur veuille bien jeter simplement les yeux sur le tableau suivant. Ce tableau résume un certain nombre de faits (une trentaine) que j'ai observés soit à l'hôpital, soit dans ma pratique de ville. Dans la colonne de gauche j'ai consigné sommairement tous les accidents qui ont traduit, chez mes malades, les périodes primaire et secondaire; dans celle de droite j'ai inscrit en regard les manifestations de l'étape tertiaire.

Périodes primaire et secondaire.	**Période tertiaire.**
I. — Chancre induré. — Roséole. — Maux de gorge; croûtes du cuir chevelu.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse, étendue à presque tout le pharynx.
II. — Chancre induré. — Plaques muqueuses buccales. — Sciatique.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse du pharynx. — Gomme du voile palatin. — Destruction d'une grande partie du voile. — Plus tard, choroïdite. — Accidents de syphilis cérébrale. — Mort.
III. — Petit chancre érosif. — Syphilide papuleuse légère. — Quelques plaques muqueuses buccales.	Accès épileptiques; puis accidents multiples de syphilis cérébrale. — Mort.
IV. — Accident primitif méconnu. — Roséole. — Syphilide croûteuse du cuir chevelu. — Maux de gorge.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse du pharynx. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la verge, de forme phagédénique.
V. — Contagion par cathétérisme de la trompe d'Eustache. — Syphilides cutanées légères. — Maux de gorge.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse du pharynx. — Gomme du voile du palais. — Perforation et destruction partielle du voile. — Nécrose des os nasaux. — Ozène. — Éboulement du nez.
VI. — Chancre méconnu. — Syphilides légères. — Arthralgies. — Céphalée.	Énorme ulcère du pharynx. — Gomme du palais. — Carie des os palatins, du vomer, d'une portion des maxillaires supérieurs, des cornets, etc. — Ozène. — Gomme de la langue — Destruction de tout le voile du palais et d'une grande partie du palais osseux. — Sarcocèle. — Atrophie d'un testicule.
VII. — Chancre érosif. — Quelques taches sur le corps. — Plaques buccales.	Vaste syphilide tuberculo-ulcéreuse de l'arrière-gorge. — Caries multiples du squelette des fosses nasales. — Ozène. — Syphilide gommeuse de la langue. — Destruction d'une partie de la langue. — Récidive d'ulcérations profondes sur la langue. — Imminence de cachexie.

VIII. — Période primaire et période secondaire méconnues.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse, ayant détruit tout le palais. — Exostose du radius.
IX. — Chancre méconnu. — « Taches sur le corps ». — Iritis.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse confluente, couvrant tout le visage. — Guérison avec cicatrices profondes. — Malade défigurée.
X. — Chancre induré. — Plaques buccales. — Croûtes du cuir chevelu.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la verge. — Guérison. — Récidive. — Perforation de l'urèthre en deux points. — Double fistule uréthrale.
XI. — Petit chancre, très rapidement guéri. — Psoriasis palmaire. — Maux de gorge.	Syphilide tuberculo-gangreneuse du nez, de forme suraiguë. — Nécrose aiguë du squelette nasal. — Perte de tout le nez.
XII. — Chancre induré. — Accidents secondaires légers. — Érosions buccales.	Ecthyma profond. — Carie des maxillaires supérieurs, des os propres du nez, des cornets, du vomer, des os palatins. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la face. — Gomme du voile palatin. — Perte absolue du nez et de tout le palais. — Cachexie progressive. — Mort.
XIII. — Érosions chancreuses indurées. — Roséole. — Plaques buccales.	Exostose des vertèbres cervicales, faisant saillie dans le pharynx. — Dysphagie, aphonie, étouffements, menace d'asphyxie. — Guérison rapide par le traitement spécifique.
XIV. — Chancre induré. — Éruptions légères. — Angine; érosions buccales.	Exostose d'un métacarpien. — Exostose du maxillaire inférieur. — Énorme exostose du cubitus (extrémité supérieure); ankylose incomplète.
XV. — Chancre érosif, parcheminé. — Quelques syphilides légères. — Plaques buccales. — Céphalée.	Syphilis cérébrale. — Hémiplégie faciale. — Troubles intellectuels, hallucinations, subdelirium. — Titubation. — Polyurie. — Guérison par le traitement spécifique.
XVI. — Chancre induré. — Syphilide papuleuse. — Plaques buccales.	Syphilis cérébrale. — Accès épileptiques. — Hémiplégie passagère. — Perte absolue de la mémoire. — Troubles intellectuels passagers. — Guérison par le traitement spécifique.
XVII. — Chancre induré. — Plaques muqueuses. — Rien autre.	Syphilis cérébrale. — Accidents de tumeur intra-cranienne. — Mort.
XVIII. — Chancre induré. — Traitement de huit mois. — Nul accident secondaire.	Syphilis cérébrale. — Hémiplégie gauche guérie par le traitement spécifique. — Trois ans plus tard, hémiplégie droite guérie par le même traitement. — Récidive d'accidents cérébraux. — Mort.
XIX. — Chancre induré. — Syphilides buccales.	Syphilis cérébrale. — Accès épileptiques. — Guérison par le traitement spécifique.
XX. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides buccales. — Plaques anales. — Syphilide palmaire.	Paraplégie. — Guérison par le traitement spécifique.
XXI. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides buccales.	Paralysie générale. — Mort.
XXII. — Chancre induré. — Syphilide érythémato-papuleuse. — Syphilides buccales très légères.	Paralysie générale. — Mort.
XXIII. — Chancre érosif, minime. — Syphilide érythémateuse.	Paralysie générale. — Mort.

de cette gravité, soit à la nature du terrain sur lequel elle s'est développée.

Ces deux interprétations constituent ce que, de vieille date, on a désigné sous les noms de « théorie de la graine » et « théorie du terrain ». Inutile de rappeler qu'elles ont longtemps agité et divisé la science. Peut-être même tout n'est-il pas dit à leur égard, car la découverte du bacille de la syphilis (qui ne peut manquer de se produire un jour ou l'autre) nous réserve sans doute nombre de surprises sur des points dont nous n'avons même pas idée aujourd'hui. Toujours est-il que, dans l'état actuel de nos connaissances, la doctrine de la graine semble bien devoir s'effacer devant celle du terrain. Et voici pourquoi.

Dans les confrontations nombreuses qui ont été faites depuis un certain nombre d'années entre sujets contaminants et sujets contaminés, on n'a que rarement, bien rarement, constaté une identité de formes, au point de vue de la gravité morbide, entre la syphilis *mère* et la syphilis *fille*. Autrement dit, on n'a pas vu ceci : une syphilis bénigne ou grave dériver d'une syphilis bénigne ou grave. Tout au contraire, ce qu'on a vu maintes fois, c'est une syphilis grave reconnaître comme origine une syphilis d'ordre commun, souvent même d'ordre bénin, et inversement. Et il y a plus, car on a parfois constaté un constraste absolu, considérable, énorme, entre deux syphilis issues l'une de l'autre. De cela je citerai deux exemples, entre beaucoup d'autres que j'aurais à produire.

Un jeune homme contracte la syphilis et n'en éprouve que quelques accidents des plus légers (roséole et quelques plaques buccales). En raison de cette bénignité de la maladie, il obtient de son médecin la permission de se marier, et se marie dans la seconde année de l'infection (exactement au vingt-deuxième mois). Il ne tarde guère à contagionner sa femme, du fait, sans doute, d'érosions labiales qui lui reviennent de temps à autre sous l'influence excitante du tabac. Or, la syphilis prend d'emblée sur cette jeune femme une forme des plus malignes, au point de déterminer en quelques mois un phagédénisme facial et guttural qui reste rebelle au traitement et aboutit à ceci : perte de toute la peau du visage, intégralement ; perte absolue du nez ; mutilation de toute la gorge, etc. !

Second fait. — J'ai eu pendant longtemps dans mon service de Lourcine une jeune femme qui fut éprouvée par une syphilis phagédénique encore bien plus atroce (on en pourra juger par quelques moulages recueillis sur cette malade, qui figurent au musée de Saint-Louis sous les n°s 148, 149, 150 et 239 de ma collection particulière) et dont voici, très sommairement, la navrante histoire.

Contamination spécifique dès les premiers temps du mariage. — Chancre phagédénique vulvaire. — Grossesse. — Quelques mois plus tard, invasion de syphilides ulcéro-croûteuses confluentes,

qui revêtent bientôt le caractère phagédénique. Énormes ulcéra térébrantes et serpigineuses se produisant de tous côtés, s face, sur le crâne, sur le tronc, sur les membres. A peine sont guéries que d'autres leur succèdent, puis d'autres à celles-ci. lement, visage horriblement mutilé; destruction complète du destruction absolue de la lèvre supérieure, grandes excava creusées çà et là sur les membres. — Puis, affaiblissement gé amaigrissement, consomption progressive ; — et mort, par u ces broncho-pneumonies qui servent de terminaison usuelle grands états infectieux ou cachectiques.

Or, d'une part, cette malade ne présentait rien, ni dans ses cédents, ni dans son habitus, qui parût de nature à la prédispo des accidents d'une telle malignité. C'était une jeune ouvrière d' bonne apparence, de santé moyenne, non scrofuleuse, non t culeuse, non alcoolique, exempte de tares héréditaires, n' jamais souffert de privations, n'ayant jamais eu de chagrins, et

Et, d'autre part (ceci est le point qui nous intéresse), la sy atroce de cette femme était issue d'une syphilis des plus ordin voire d'une de ces syphilis qu'on qualifie usuellement de béni Car son mari, que j'ai examiné plusieurs fois, n'a jamais présent ceci en tant qu'accidents spécifiques : un *petit* chancre, qui cicatrisé en quelques semaines, une roséole, et quelques très lé syphilides buccales.

Impossible, donc, dans l'un et l'autre de ces cas, d'imputer « qualité de la graine » le caractère malin de l'infection.

II. — Mais alors, si ce n'est pas la graine qui fait la gravité syphilis, faut-il donc rapporter cette gravité à la qualité du ter c'est-à-dire à la personnalité du malade?

Telle est, en effet, la doctrine en faveur. A cela près de quel dissidents (1), la très grande majorité des syphiliographes con

(1) De ce nombre, par exemple, est mon éminent collègue et ami le professeur (d'Alger). Pour lui, « une syphilis contractée à une source *vierge de tout traite* par conséquent non atténuée, est grave et peut même devenir mortelle, n'est pas méthodiquement traitée; — tandis qu'une syphilis contractée *source traitée*, longtemps traitée par le mercure, reste bénigne et guérit rapide par une dose relativement faible de parasiticide ».

« J'appuie cette proposition, ajoute-t-il, sur ce fait d'observation que les sy kabyles, qui ne sont jamais mercurialisées, transmises aux Européens, donner syphilis d'une très grande gravité, *quelle que soit la nature du terrain récept*

Conclusion : « Ce qui fait la gravité de la vérole, c'est la graine. » (*Leçon d'o ture de l'année scolaire 1887-88.*)

Comme témoignages en faveur de cette doctrine, M. le professeur Gémy plusieurs observations, notamment la suivante, qui, sans contradiction possibl des plus remarquables.

Un homme vigoureux et d'excellente constitution contracte une *syphil source kabyle*, donc *non mercurialisée et « vierge de tout traitement depuis sieurs générations »*. Cette syphilis prend immédiatement une forme int qu'elle conserve plusieurs années, et s'accuse par une série confluente d'accid syphilides cutanées, syphilides muqueuses, glossite scléreuse, alopécie, i

porains s'accorde à rapporter la gravité de la syphilis à des conditions toutes personnelles, essentiellement propres au malade. Tout malade, croit-on, fait sa syphilis *à son image*, suivant sa personnalité, son individualité, c'est-à-dire suivant sa santé habituelle, son tempérament, son fonds physiologique, ses prédispositions héréditaires ou acquises, ses tares morbides, son hygiène, son milieu, et aussi suivant la façon dont il se traite.

Dans cette manière de voir, on ne doit qu'à soi-même — et non à autrui — la modalité de la syphilis que l'on a, et l'on est seul responsable de la gravité idiosyncrasique qu'elle peut affecter. Et, en effet, pour la plupart des cas (je ne dis pas pour tous, qu'on le remarque bien dès à présent), le caractère grave ou malin d'une syphilis trouve son explication légitime dans telle ou telle tare personnelle, telle ou telle condition propre au sujet infecté. — C'est là ce dont témoignera ce qui va suivre.

III

FACTEURS DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS.

Quelles conditions peuvent jouer, vis-à-vis de la syphilis, le rôle de circonstances aggravantes, de façon à en exagérer, à en assombrir le pronostic usuel ?

Ces conditions, longtemps on a cru pouvoir les condenser sous les deux chefs suivants : *appauvrissement de la constitution* et *défectuosités d'hygiène*. Mais cette formule péchait évidemment par banalité et insuffisance ; par banalité, en ce qu'elle ne s'appliquait pas plus particulièrement à la syphilis qu'à n'importe quelle autre maladie ; — par insuffisance, en ce qu'elle laissait sans explication plausible certaines manifestations graves de la diathèse, comme, par exemple, la syphilis cérébrale qui se produit fréquemment sur des sujets à cons-

irido-choroïdite, fièvre spécifique, déglobulisation, anémie, anhélation, etc. De plus, elle reste incessamment en éveil et ne cède au traitement que pour rentrer en scène dès que la médication est suspendue au delà d'une dizaine de jours. — Huit ans plus tard, les choses subsistent encore en l'état, et cela en dépit d'un traitement énergique, au point que le malade ne peut abandonner le mercure ou l'iodure sans que de nouveaux accidents se reproduisent.

Ce malade contamine sa femme. — Or, *issue d'une source ultra-mercurialisée*, la syphilis de cette femme reste bénigne, en dépit d'un traitement spécifique court et mal toléré. Elle se réduit à un très petit nombre d'accidents (chancre, roséole discrète et quelques plaques muqueuses buccales). Et cependant, ajoute l'observateur, le terrain était loin d'être favorable en l'espèce. Car cette femme, née d'un père phthisique, était délicate de santé, nerveuse, et d'un tempérament lymphatique confinant à la scrofule.

Il est bien manifeste que, si de semblables observations se rencontraient fréquemment, une place serait à faire à la qualité de la graine, c'est-à-dire du contage, parmi les conditions qui régissent le pronostic de la syphilis.

titution non appauvrie et jouissant d'une hygiène commune. Aussi bien n'a-t-elle pas manqué d'être élargie et précisée dans ses termes à la suite de nombreux travaux entrepris sur la question (Ory, Dulac, Verneuil, Baudoin, Quinquaud et Ullmann, A. Renault, etc.). Je crois avoir apporté ma pierre à l'édifice. En tout cas, je professe de vieille date que les conditions aggravantes de la syphilis sont à coup sûr plus multiples et plus variées qu'on ne le supposait autrefois, qu'elles le deviendront sans doute davantage avec les progrès d'une analyse plus circonstanciée et plus pénétrante, et que dès à présent (toutes réserves faites pour les enseignements que nous apportera l'avenir) elles peuvent être réparties dans les sept groupes suivants :

1° **Conditions d'âge.**

2° **Conditions de santé, de constitution native, de tempérament, etc.**

3° **Prédispositions héréditaires ou acquises.**

4° **Influences dépressives de tout ordre.**

5° **Scrofulo-tuberculose.**

6° **Alcoolisme.**

7° **Impaludisme.**

Ce à quoi il faut ajouter une huitième cause (celle-ci extrinsèque au sujet, mais éminemment active, plus active même que toute autre), à savoir : **Absence ou insuffisance du traitement spécifique au début de la diathèse.**

Quelques commentaires sur ces divers points.

I. — **Conditions d'âge.** — Il est certain que, de par elles seules, elles constituent parfois un facteur de gravité pour la syphilis. Ainsi, la syphilis se montre particulièrement redoutable aux deux extrêmes de la vie, à savoir le premier âge et la vieillesse ; — et cela pour une même raison : insuffisance de la résistance vitale à ces deux étapes opposées de l'existence. Ainsi :

1° Sans parler de la syphilis héréditaire qui n'est pas en cause ici et dont il est presque superflu de rappeler l'effroyable pronostic, la syphilis acquise dans les premiers temps de la vie, et plus spécialement dans les premières semaines, est souvent grave, voire très grave, et cela jusqu'à revêtir une *malignité*, une *perniciosité* qui aboutit à la mort. A preuve ce qui s'est produit dans la plupart des épidémies de syphilis vaccinale, où l'on a vu succomber, du fait de l'infection, un grand nombre d'enfants (7 dans l'épidémie de Rivalta, 10 dans celle de Crémone, 19 dans une autre qu'a relatée Cerioli, etc.) (1). Et de même pour d'autres cas isolés.

Tout au contraire, la syphilis qui vient à frapper un enfant déjà bien constitué et résistant reste généralement bien tolérée, mieux

(1) A. Fournier, *Leçons sur la syphilis vaccinale*, recueillies par le Dr P. Portalier.

tolérée même qu'elle ne l'est chez l'adulte ; et cela, sans doute aussi, en raison de la vitalité exubérante propre à cet âge de la vie.

2° Au terme opposé de l'existence, la syphilis est également grave. Ricord a dit, dans l'une de ces boutades pittoresques qui lui étaient familières : « Si vous voulez attraper la vérole, profitez au moins pour cela du temps où vous êtes jeunes ; car il ne fait pas bon nouer connaissance avec elle quand on est vieux. » C'est qu'en effet (et ceci ne souffre plus contradiction aujourd'hui) la syphilis contractée au delà de la période moyenne de la vie, *à fortiori* vers la soixantaine et au delà, est généralement une syphilis *mauvaise*, féconde en accidents et en accidents sérieux, voire parfois maligne et mortelle. Nombre d'observations et de travaux (1) témoignent en ce sens.

Et rien d'étonnant à cela, rien même que d'absolument normal, de rationnel, voire de nécessaire. La vieillesse, en effet, n'est-elle pas une déchéance physiologique? N'est-elle pas l'âge des dégénérescences de tissus, des athéromes, des scléroses viscérales et de l'artério-sclérose en particulier? N'est-elle pas l'âge des infériorisations de résistance, des défaillances de vitalité, des régressions et des déclins de tout genre ?

Cependant, il ne faut en l'espèce ni exagérer ni généraliser. On a dit que « toute syphilis contractée au delà de cinquante ou soixante ans entraîne constamment la mort, soit par lésion viscérale, soit par cachexie ». On a dit même que « toute syphilis sénile est grave et peut être très grave, voire mortelle ». Erreurs. Il est, en effet, des syphilis séniles qui évoluent sans gravité particulière, ni actuelle ni future. M. Besnier dit même en avoir rencontré de « remarquablement bénignes ». Et cela encore n'est pas fait pour surprendre. Car la vieillesse, somme toute, est un facteur variable, contingent. Il y a vieillard et vieillard. Il y a des vieillards jeunes, comme il est aussi de jeunes vieillards. Un sujet qui n'est vieux que par les années et non par usure de ses organes se présente tout aussi résistant à la vérole qu'un sujet adulte, voire plus résistant qu'un adulte usé, infériorisé par les excès, les surmenages, les maladies. Quelle raison y aurait-il donc à ce qu'il fût plus malmené par elle que ce dernier? Tout dépend ou paraît dépendre en l'espèce de la qualité du terrain et de la résistance individuelle.

Mais, ces réserves établies, venons au fait. Il est certain que la syphilis sénile se présente le plus souvent avec un cachet de gravité propre. Or, comment se traduit cette gravité?

De deux façons : l'une, commune, banale ; — l'autre propre,

(1) A. Fournier, *Des facteurs de gravité de la syphilis* (Leçons cliniques) ; — Dulac, *Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé*, thèse de Paris, 1878 ; — Quinquaud et Ullmann, *Étude critique sur la syphilis des vieillards* (*Ann. de derm. et de syph.*, 1881); — A. Renault, *Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé* (*Ann. de derm. et de syph.*, 1889) ; — Lebard, *Étude clinique sur la syphilis contractée après soixante ans*, thèse de Paris, 1898 ; — etc., etc.

d'une nécrobiose facile sur des tissus à vitalité amoindrie, elles deviennent gangreneuses et phagédéniques. — Elles sont disséminées et plus ou moins confluentes, confluentes même quelquefois à un degré tout à fait inusité, comme, par exemple, sur un malade de Diday qui, en très peu de temps, mourut « littéralement criblé d'ulcères ». Par elles-mêmes, donc, c'est-à-dire par leur suppuration, par les douleurs et les troubles fonctionnels qu'elles entraînent, comme aussi par les complications (lymphangite, érysipèle, infection) qui peuvent surgir à leur suite, elles comportent un réel degré de gravité.

2° *Manifestations cérébro-spinales.* — Bien moins communes que les précédentes, mais très remarquables cependant par leur haute fréquence relative. Je n'en compte pas moins de *neuf cas sur vingt-sept syphilis séniles.* La syphilis aboutissant une fois sur trois à des accidents cérébro-spinaux, n'est-ce pas là une proportion colossale, extraordinaire, et n'est-ce pas là aussi une particularité tout à fait spéciale?

Aussi bien, nombre de syphilis séniles se terminent-elles par des accidents cérébraux ou médullaires. Car, inutile de dire que des accidents de cet ordre survenant à un âge avancé sont presque toujours mortels. Ils ne le sont pas toujours cependant. Ainsi Quinquaud et Ullmann ont vu guérir, contre toute attente, deux vieillards de soixante-dix et soixante-quinze ans qui, du fait de syphilis récentes, avaient été affectés, l'un d'une paraplégie aiguë, et l'autre d'une encéphalopathie avec convulsions, délire et monoplégie.

Ces manifestations nerveuses ont des localisations variables qu'on peut ramener aux trois types suivants :

A. Le *type cérébral*, constitué par des hémiplégies survenant sans ictus, toujours incomplètes, mais progressives et rebelles ; — des monoplégies; — des troubles intellectuels (divagations passagères, subdelirium, affaissement des facultés, hébétude, etc.); tous symptômes qui rappellent soit le ramollissement cérébral, soit la démence sénile.

B. Le *type médullaire*, s'accusant par des parésies des membres inférieurs avec relâchement des sphincters ; — plus rarement, par de véritables paraplégies flasques ; — quelquefois par des parésies des quatre membres.

C. Le *type cérébro-spinal*, qui, à la fois plus complexe et plus vague, comporte une série de symptômes généralement assez mal définis et semblant se rapporter les uns au cerveau, les autres à la moelle. — Il est assez commun, et se présente le plus souvent sous l'aspect suivant : affaissement des forces ; — sorte de parésie généralisée, avec ou sans prédominance hémiplégique, monoplégique ou paraplégique ; — troubles intellectuels, consistant surtout en inconscience, hébétude, divagations, délire tranquille et intermittent ; — incontinence des urines et des matières ; — simultanément, inappé-

tence et inertie de toutes les fonctions ; — amaigrissement, cache rapide ; — puis, collapsus, anéantissement, coma et mort.

Ajoutons que, dans ces divers types et notamment dans le t paraplégique, la constitution de larges et profondes *eschares* su sacrum, les fesses et quelquefois les talons, est un épiphénomène plus communs, lequel naturellement précipite le dénouement fa

II. Seconde forme: **Cachexie adynamique.** — Ce qui caracté essentiellement cette seconde forme, très spéciale, c'est, en co cidence avec telles ou telles des manifestations précitées, une réact violente de la maladie sur l'état général, réaction se traduisant tout un ensemble de phénomènes d'ordre dépressif et cachectiq

Cet ensemble, qui se constitue rapidement, s'affirme en quelq semaines pour aboutir à une sorte de *sidération* vitale, suscept d'amener la mort à brève échéance.

Il semble que tous les ressorts de la vie se trouvent souda ment enrayés par l'imprégnation spécifique ; et la mort, en e résulte bien moins en pareil cas d'accidents ou de lésions apprécia que d'une sorte de suspension brusque de la vie par infection.

Quoi qu'il en soit du mode pathogénique, ce qu'on observe est c sommairement : Peu après l'infection, alanguissement, accablem de tout l'être ; — dépression physique, intellectuelle et morale perte rapide et considérable des forces, au point que les malades s presque immédiatement et définitivement alités ; — perte de l'ent habituel, indifférence, apathie, désintéressement de toutes cho — diminution, puis abolition et abolition absolue de l'appétit ; dé pour tous aliments ; — langue sèche et rouge, se fendillant plus t — dyspepsie ; — amaigrissement considérable, dénutrition ; — t jaunâtre ; — déglobulisation et diminution de l'hémoglobine (c tatées par Quinquaud et Ullmann); — altération effrayante d physionomie ; — relâchement des sphincters, en relation avec l' d'adynamie générale ; — dureté de l'ouïe ; — torpeur de l'int gence : — divagations et incohérences passagères ; — somnolen — embarras de la parole ; — hébétude, inconscience ; — plus t coma vigil. — Puis, état de prostration absolue et de cachexie Alors, œdème des membres inférieurs, congestions viscérales, q quefois purpura ; — finalement, coma et mort. — Parfois, déno ment précipité par une de ces broncho-pneumonies qui serven terminaison à tous les états de ce genre.

J'ai vu mourir de la sorte, *après cinq mois de syphilis*, un vieil de soixante-treize ans, qui avait en outre le corps criblé soit de sy lides tuberculeuses *hémorrhagiques*, soit d'ulcérations gommeuse

Évolution ; échéance de gravité ou de perniciosité. — Pour toujours plus ou moins précoces, les manifestations diverses

constituent la gravité de la syphilis sénile n'en ont pas moins des échéances variables. A ce point de vue, deux ordres de cas sont d'observation possible. Ainsi :

Tantôt la gravité ou même la perniciosité ne se démasque qu'après un ou deux ans, rarement plus tard (quatrième ou sixième année); — et tantôt elle se révèle dès la première année, voire dès les premiers mois de l'infection. Voici, à ce sujet, les résultats de ma statistique personnelle :

Syphilis sénile devenue grave :	
Dès la première année	12 cas.
Au cours de la seconde année	10 —
Au cours de la troisième année	3 —
Au cours de la quatrième année	1 —
Au cours de la sixième année	1 —
Total	27 cas.

I. Dans le premier groupe de cas, les choses se passent de la façon suivante : un chancre ; — quelques phénomènes secondaires d'ordre usuel et de caractère rassurant ; — accalmie, grâce au traitement ; — puis, au cours de la seconde ou de la troisième année, invasion de symptômes graves ou malins (syphilides tuberculeuses, tuberculo-gangreneuses ou phagédéniques, encéphalopathies, myélopathies, ou tous phénomènes de tertiarisme grave).

II. Dans le second, *malignité précoce*, s'attestant quelquefois dès la période du chancre (chancre ulcéreux, gangreneux, phagédénique), ou bien, en tout cas, dès l'invasion des phénomènes généraux. Et alors, d'emblée, syphilides malignes précoces, disséminées et profuses, de modalité tuberculeuse ou tuberculo-croûteuse ; — manifestations diverses de tertiarisme, et surtout localisations vers le système nerveux (accidents de syphilis cérébrale ou cérébro-médullaire) ; — parfois aussi, coïncidemment, symptômes multiples de dénutrition, d'adynamie, de cachexie, etc. — Et, alors, vie gravement menacée. — Possibilité de sauver quelques malades par une médication énergiquement répressive ; mais, le plus souvent, intolérance de tous remèdes, persistance des accidents, et terminaison fatale.

Cette terminaison peut même être singulièrement hâtive. On a vu (et les exemples en seraient nombreux à citer) des vieillards mourir de la syphilis dans la première année de l'infection. On en a vu mourir sur lesquels l'infection remontait à neuf mois, huit mois, cinq mois, etc.

Trois cas de cet ordre [illegible] mon observation sur les vingt-sept de ma sta[illegible] un d'eux (cas de mort au *cinquième mois*) no[illegible] qui précède. Voici le résumé très sommai[illegible]

On [illegible] ne vigoureux, bi[illegible] *année*. — En

février, chancre induré de la verge. — Traiteme
protoiodure ou liqueur de Van Swieten, et iodure
mois plus tard, syphilide papulo-croûteuse ou mêm
angine ; ulcérations rebelles aux amygdales. — Dou
dans les membres. — Accès fébriles. — Affaibliss
en dépit d'un régime extrêmement tonique, d'un séj
cure faite à Aix-les-Bains, etc. — Vers août, troul
membres inférieurs. — Bientôt après, parésie de la
gauche. — Incontinence d'urine. — Affaissement
œdème des membres inférieurs, remontant jusqu'au
— Subdelirium. — Somnolence. — Eschare sacrée
mort en octobre.

Obs. III. — Syphilis sénile. *Mort au huitième*
mement robuste, « n'ayant jamais eu la moindre
commis le moindre excès. — Syphilis contracté
Chancre induré, en mars 1887, suivi d'une roséol
muqueuses buccales. — Traitement mercuriel. —

Très affecté par sa maladie, cet homme en conço
et nul doute que cet état moral n'ait influé sur la su

En tout cas, vers août, parésie progressive des
incontinence urinaire. — Perte des réflexes. — Alar
fonctions. — Début d'adynamie, qui va croissant d

En septembre, parésie des membres supérieurs,
une paralysie véritable. — Vers le même temps,
troubles de l'intelligence. — Subdelirium, hallucin
table. — Mort en octobre.

Enfin, le Dr Lebard a relaté dans sa thèse
sur une femme de soixante-sept ans, devint
mois, avec et de par les phénomènes suivants
profuses, de forme rupioïde ou ulcéreuse,
rebelle, amaigrissement rapide, affaissement g
chique, parésie des sphincters, fièvre, eschar
cachexie, etc.

Et ce n'est pas tout. Car cette syphilis sénil
conséquences *indirectes* de par la réaction g
sur l'organisme. Nul doute qu'elle ne puisse ét
pour les maladies étrangères qui viennent
contemporaine. De nombreux cas de cet or
Le Dr Dulac, par exemple, a relaté l'observatio
pris d'une pneumonie en de telles conditions
les vingt-quatre heures. J'ai vu mourir égale
mes clients, homme très vigoureux, qui avait
de soixante-sept ans. Cette syphilis, grâce
un traitement correct, il l'avait fort bien tolé
lorsqu'à ce moment il contracta une pneu
d'abord se présenta sous une forme très si

prit une forme maligne et devint mortelle en trois jours. M. le Dr Hanot, qui était l'ami et le médecin de ce malade, m'a répété bien des fois depuis lors que « pour lui, il était bien moins mort de sa pneumonie que de sa syphilis ». En autres termes, c'est très vraisemblablement de la syphilis sénile qu'ont dérivé, dans ce cas, les conditions de malignité de la pneumonie.

II. — **Conditions de santé, de constitution, de tempérament.** — « Il fait bon se bien porter quand on a la vérole », a dit Ricord. Et cela, ajouterai-je, pour deux raisons, parce qu'avec une bonne santé, avec un bon fonds, on supporte mieux à la fois et la maladie et le traitement.

Il est d'observation, en effet, que les sujets délicats, anémiés, affaiblis par n'importe quelle cause, sont plus sévèrement affectés que d'autres par la syphilis. Ils en éprouvent plus d'accidents et des accidents de modalité plus sérieuse. C'est sur eux de préférence que sévissent, par exemple, les syphilides de forme ulcéreuse, les syphilides dites malignes précoces, les onyxis et les périonyxis, les angines rebelles, les adénopathies multiples et massives, l'iritis, les périostites, les douleurs névralgiformes, les accès fébriles, les troubles nerveux, et tout l'ensemble de ces accidents viscéraux qui s'en prennent à l'état général et asthénient plus ou moins gravement l'organisme. Et, d'autre part, ce sont aussi ces mêmes sujets que l'infériorité fonctionnelle de leur système gastro-intestinal expose à mal tolérer le mercure, lequel détermine sur eux des phénomènes de dyspepsie, de gastralgie et surtout de diarrhée. D'où cet aboutissant doublement néfaste : maladie plus sérieuse et ressources curatives amoindries.

Les faits de cet ordre sont trop connus pour qu'il y ait lieu de les confirmer ici par des exemples particuliers. Les énoncer suffira, je crois.

III. — **Prédispositions héréditaires.** — A dessein j'ouvre ici un chapitre spécial à cet ordre de conditions aggravantes que j'aurais pu englober dans le précédent.

C'est qu'en effet certaines hérédités pèsent parfois d'un lourd fardeau sur l'organisme et lui imposent, en dépit d'apparences de santé et de résistance vitale moyenne, des charges presque inéluctables. De cet ordre sont les hérédités tuberculeuse, alcoolique, nerveuse, etc A ne parler que de cette dernière, choisie comme exemple, il est indéniable que la syphilis ne conduit certains sujets à de véritables catastrophes nerveuses (encéphalopathies spécifiques, tabes, paralysie générale, etc.) qu'en raison de leurs prédispositions héréditaires. C'est là un point sur lequel l'éminent professeur Charcot insistait énergiquement dans ses cliniques de la Salpêtrière et qui ne

dans cet ensemble de conditions anti-hygiéniques et dépressives que résume ce mot de surmenage mondain.

Combien en ai-je vu de ces mauvaises syphilis, à manifestations tertiaires précoces, sur les surmenés du *high life* parisien ! Car, le tertiarisme précoce, voilà le type que revêt sur eux l'infection. De bonne heure, de très bonne heure, ils aboutissent à tel ou tel accident de vérole âgée, et cela sous des formes d'ailleurs très diverses : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcératives, ulcérations des muqueuses (principalement de la muqueuse gutturale, en raison des abus de tabac), iritis, sarcocèle, onyxis, lésions osseuses, etc.

Mais, à coup sûr, de tous les accidents qui les menacent, il n'en est pas de plus fréquents que les manifestations relevant du système nerveux. Leur lot usuel, c'est le TERTIARISME NERVEUX. Et je pose, j'ai le droit, de par expérience, de poser ceci en axiome :

Le surmené de la vie mondaine, le viveur, le noceur, le fêtard (suivant le mot à la mode) *est un prédestiné par excellence au tertiarisme nerveux. De par la syphilis et de par son genre de vie, c'est un candidat à trois catastrophes nerveuses qui s'appellent la* **syphilis cérébrale**, *la* **paralysie générale** *et le* **tabes**.

Des centaines d'exemples justifieraient cette proposition. Mais leur place n'est pas ici ; nous les retrouverons en temps et lieu.

IV. *Toutes conditions défectueuses d'hygiène*, aboutissant à ce qu'on appelle la misère physiologique. — La plupart ont été déjà signalées incidemment dans ce qui précède. D'autres, qu'il suffira d'énoncer, tant leur action novice est évidente, consistent en ceci : alimentation défectueuse, mal réglée ou insuffisante, privations, etc. ; — habitations insalubres, encombrement ; — exercice corporel insuffisant ; sédentarisme ; — malpropreté, incurie ; — froid, climats froids, etc. ; — et toutes infractions à l'hygiène, constituant autant de conditions propres à appauvrir l'organisme, à le débiliter, à diminuer ses forces de résistance contre les agents morbides. — Quelques exemples :

Une jeune mère, nourrissant un enfant de six mois, se présente à l'hôpital avec une syphilide pustulo-croûteuse extraordinairement confluente et divers autres symptômes d'une infection grave. Renseignements pris, nous apprenons que cette malheureuse se nourrissait depuis plusieurs mois avec cinq sous par jour, à savoir : trois sous de pain et deux sous d'une « pâtée » constituée par des résidus de charcuterie.

Au moment du siège de Paris, en 1870-71, j'ai remarqué avec tous mes confrères la fréquence de syphilis graves ou mêmes malignes, dont la cause n'était que trop naturellement imputable au mauvais régime, aux privations et aux soucis moraux de cette néfaste période.

Chez certaines femmes du monde, le sédentarisme et l'absence absolue de tout exercice corporel m'ont paru plus d'une fois constituer la cause de syphilis à modalité asthénique et nerveuse.

De même, l'indéniable fréquence des ulcéra
nécroses nasales chez les Russes ne pourrait-el
la rigueur du climat et à l'action directe du f
naso-buccale?

v. *Influences d'ordre moral* : préoccupatio
chagrins, adversités, revers de fortune, deuils
ment. — Comment récuser l'action de cet o
connue l'influence dépressive qu'elles exercent

Accordons aussi une mention spéciale aux
certainement dangereuses par l'éréthisme da
tiennent le système nerveux.

vi. *Dépression résultant des maladies antérie*

V. — **Scrofulo-tuberculose**. — La scrofulo
naturellement un mauvais terrain pour la syph

Elle réagit sur elle de diverses façons que v

1° En précipitant l'entrée en scène de di
plus ou moins importantes, dont le propre e
plus tardivement; c'est-à-dire en constituant
syphilis *intenses précoces*, voire *malignes préc*

2° En imprimant à divers accidents un *cac*
C'est ainsi que, très fréquemment, les syphilide
fuleux tendent à revêtir le caractère suppuratif

3° Et principalement (c'est là, à mon sens, la
mune suivant laquelle la scrofule réagit sur la
l'action spécifique sur certains systèmes qui sont
véritables sièges d'élection. Qu'on me passe la f
ment la scrofule amène la syphilis sur son terr
à savoir sur les ganglions, les os, les articulati
le larynx, l'oreille, les fosses nasales, etc.

C'est ainsi qu'il est particulièrement commun
scrofuleux se traduire par des adénopathies, et
ciales, massives, à gros ganglions conglomér
à tendance suppurative, constituant parfois de
secondaires; — par des lésions diverses du p
ceptibles d'aboutir à des abcès et des nécroses
thies froides et chroniques, rappelant la tumeu
iritis, des irido-choroïdites et notamment des
laryngites de forme ulcéreuse, simulant de très
gée; — par des otites; — et, plus souvent enc
tions intra-nasales intéressant à la fois la muq
aboutissant à l'ozène, à des nécroses, à des per

4° En d'autres circonstances et quelquefois

(1) Consulter à ce sujet un très intéressant travail du
lis chez les scrofuleux, thèse de Paris, 1883.

fluence de la scrofule détermine des syphilis de forme dépressive, dénutritive, voir cachexiante ; auquel cas la syphilis, à son tour, peut réagir sur la scrofule, l'inciter à des manifestations nouvelles et surtout la diriger sur le poumon, ce dont je n'ai pas à dire les conséquences.

Somme toute, la scrofulo-tuberculose est par excellence un facteur de gravité pour la syphilis. Cela, au reste, est connu de vieille date. Ricord insistait vivement sur le pronostic fâcheux de ce qu'il appelait les **scrofulates de vérole**. « *Méfiez-vous de la vérole chez les blonds* », a dit de même un de ses élèves, le Dr Diday. — D'autant, a encore ajouté le professeur Verneuil, que, « si la scrofule reste muette pour son compte dans cette combinaison morbide, presque toujours elle aggrave les méfaits de sa rivale, les entretient, en prolonge la durée, en accroît les conséquences périlleuses, etc. »

D'autre part (mais ceci n'a plus qu'un intérêt symptomatologique), l'influence du terrain n'est pas sans réagir quelquefois, dans cette association morbide, sur les caractères apparents des manifestations spécifiques, lesquelles revêtent en ces conditions une physionomie insolite qui est celle de l'*hybridité pathologique*. On se trouve alors en face de lésions quasi-métisses, participant à la fois et de la syphilis et de la scrofule. Comme exemple, je rappellerai tout d'abord ces fameuses adénopathies *syphilo-strumeuses* sur lesquelles j'ai longuement insisté précédemment et dont Ricord faisait le type de ses scrofulates de vérole. — Il en est de même pour certaines kératites secondaires qu'il est souvent très difficile, même pour les plus experts, de différencier des kératites strumeuses. — De même encore il n'est pas rare de rencontrer, sur certains malades de constitution lymphatique et scrofuleuse, des éruptions spécifiques assez modifiées de caractères pour constituer de réels embarras diagnostiques. Que sont de telles éruptions ? Des syphilides ? Oui de par tels attributs; mais non de par tels autres. Des scrofulides? Oui, encore, de par telle considération, mais non de par telle autre. Et, en effet, quand on vient à les détailler, à les analyser minutieusement, ces éruptions présentent à la fois et certains signes propres aux syphilides et certains autres qui relèvent plus particulièrement de la scrofule. Bref, ce sont là, tout au moins au point de vue objectif, des dermatoses mixtes, métisses, hybrides ; ce sont, disons le mot, de véritables **scrofulo-syphilides**.

Ce qui précède comporte cependant une réserve que voici. Cette réaction nocive de la scrofulo-tuberculose sur la syphilis n'est pas absolument constante et fatale. J'ai vu plusieurs fois des syphilis (traitées, à la vérité) rester moyennes ou même bénignes sur des sujets entachés de lymphatisme, voire de tuberculose. J'ai vu des sujets incontestablement phtisiques contracter la syphilis et ne pas lui payer une plus lourde dette que des sujets bien portants. Ainsi,

rait-il pas une action de même ordre sur les exanthèmes de la vérole?

Mais venons au fait. Comment donc se traduit l'action de l'alcool sur les syphilides? De trois façons que voici :

1° *Il exagère le degré usuel de confluence des syphilides.* — Nul doute sur ce premier point. Rien de plus commun que de constater sur des alcooliques qui débutent dans la syphilis des éruptions papuleuses *anormalement profuses*, criblant le corps de leurs éléments éruptifs.

J'ajouterai, comme caractère annexe, que les papules de telles éruptions sont généralement assez larges, renflées, saillantes, et d'une couleur *rouge-floride*.

2° *Il réalise des types insolites de syphilides malignes secondaires.* A savoir : d'une façon tout à fait commune, la *syphilide papulo-tuberculeuse*, à grosses papules tuberculiformes ; — et, d'une façon beaucoup plus rare, la *syphilide papuleuse exfoliatrice*, à grands placards desquamatifs et psoriasiformes.

Ces deux types ont été longuement décrits dans ce qui précède (p. 354 et 358) ; je n'ai donc pas à en reproduire ici le tableau.

3° *Il réalise prématurément des syphilides de modalité tertiaire.* — Cela encore est monnaie courante, et presque constamment nous avons dans nos salles des malades qui, syphilitiques depuis quelques mois à peine, n'en présentent pas moins des syphilides de type tertiaire, c'est-à-dire des syphilides de modalité tuberculeuse ou même tuberculo-ulcérative. A preuve, comme exemple, le malade qui occupe le lit n° 25 de la salle Henri IV. Déjà, ce jeune homme était entré dans le service il y a trois mois pour des syphilides de modalité ulcéreuse; nous l'en avons guéri. Ces derniers jours, il nous est revenu, et dans quel lamentable état ! Il nous est revenu avec le corps littéralement criblé de syphilides gommeuses, ulcératives, profondes, larges, du plus mauvais aspect. Or, pourquoi de telles lésions sur un homme jeune (vingt et un ans), vigoureux, bien portant, et syphilitique seulement depuis six à sept mois? Parce que ce malade est un buveur et déjà un buveur émérite. Il boit en moyenne, d'après son dire, « trois litres de vin par jour, une foule de petits verres d'eau-de-vie et pas mal d'absinthe, etc. » Le 14 juillet dernier, il aurait même bu, paraît-il, jusqu'à vingt-trois verres d'absinthe ! Eh bien, nul doute que de tels excès alcooliques ne soient la raison et l'unique raison des syphilides graves qu'il présente aujourd'hui.

II. — En second lieu, *l'alcoolisme dirige bien manifestement l'action de la syphilis sur les centres nerveux.*

Qu'en raison de l'état d'excitation habituelle dans laquelle il entretient les centres nerveux l'alcoolisme dirige vers eux l'action de la syphilis, cela n'a rien que de rationnel et de logique, cela pouvait être préjugé théoriquement. De fait, cela est, et l'alcoolisme figure avec une réelle fréquence (sur laquelle j'aurai à revenir tout à l'heure) dans les antécédents étiologiques de nombre d'affections

spécifiques de ce système : syphilis cérébra
myélopathies, paralysie générale, tabes, etc
(ceux-ci bien faits pour la démonstration)
figure *seul* dans l'étiologie de ces diverses affe
tout autre facteur prédisposant. L'observation
exemple, en témoignera.

Un jeune homme, grand et vigoureux, de
et d'une « santé de fer » (suivant sa propre e
syphilis à vingt-sept ans. En dépit d'un tra
il est pris, dix-huit mois plus tard, de sy
encéphalopathie que plusieurs médecins et m
rapporter à la syphilis et dont la spécificité d'a
par les heureux résultats du traitement. Or,
cette syphilis cérébrale ? Il était indemne de
il n'avait subi aucun surmenage, aucune secou
grin ; il ne faisait même pas d'excès vénérien
beaucoup. En grand seigneur qu'il était, il s'
pagne (ou du whiskey quelquefois), et cela t
semaine, et cela au point de rouler sous la ta
breux médecins qui ont été consultés à son s
seul qui ait mis en doute l'influence provocat
syphilis cérébrale ; c'est là, en l'espèce, un
sait.

Ce premier fait, donc, à savoir : influence p
par rapport aux déterminations de la syphilis
n'est ni contestable ni contesté. Mais il en e
sortent d'une analyse plus intime des observa
sera intéressant, je pense, de mettre en lumi

1. Le premier, c'est que cette action prov
les manifestations nerveuses de la syphilis
non pas fréquente, mais *extrêmement fréquen*
quente qu'on n'oserait le croire et qu'on ne le

De cela voici la preuve :

Sur 57 observations de syphilis compliqu
vations empruntées à ma clientèle de ville),
moins de 29 où figurent des manifestations sp
ou parasyphilitiques, n'importe) intéressan
A savoir :

Manifestations de syphilis cérébrale	
— syphilis cérébro-spinale	
Paralysie générale	
Tabes	
Paraplégie	
Total	

Vingt-neuf cas sur cinquante-sept, c'est-à-

deux ! Quelle proportion ! L'éloquence des chiffres me dispensera donc ici de tout commentaire.

II. Un second fait mérite attention : c'est la *précocité* possible, voire fréquente, de ces accidents nerveux développés sous l'influence combinée de la syphilis et de l'alcool.

Ainsi, sur les 29 cas précités, *dix* se sont produits au cours des trois premières années de l'infection ; — et, sur ces dix, trois au cours de la première. — Dans l'un d'eux, par exemple, des accidents graves de syphilis cérébrale sont entrés en scène au *cinquième mois* après le chancre pour aboutir à une terminaison fatale en l'espace d'une année.

III. — L'influence alcoolique est encore capable de réaliser les mauvaises formes de syphilis qui s'en prennent à la santé générale et qu'on a baptisées des noms de *syphilis asthénique*, *dépressive*, *dénutritive*, *consomptive*, etc.

Il n'est pas rare, en effet, de voir la syphilis, chez les sujets fortement adonnés à l'alcool, revêtir une allure spéciale, en réagissant d'une façon puissante sur l'état général. Dans cette forme éminemment grave, elle semble affecter les forces vives de l'organisme. Elle alanguit d'abord les fonctions digestives, puis elle anémie, elle amaigrit, elle débilite. Elle amène de la sorte les malades à une véritable imminence de dépérissement, laquelle en général ne fait que s'ébaucher, mais peut s'affirmer quelquefois. Grâce au traitement et à l'hygiène, la plupart des sujets remontent cette pente de déchéance ; mais il en est qui la descendent jusqu'à un degré d'affaissement dont ils ne se relèvent jamais, et il en est même qui la descendent jusqu'à la cachexie irrémédiable et définitive.

L'observation suivante, sur laquelle je ne craindrai pas d'insister parce qu'elle est un type de la déchéance que la syphilis et l'alcool peuvent infliger à l'organisme, va me servir d'exemple en l'espèce.

Lorsqu'il contracta la syphilis, il y a quelques années, H... était un homme superbe, grand, vigoureusement musclé, taillé en hercule. Et, au surplus, il exerçait une profession d'hercule, car c'était un de ces robustes gaillards qui travaillent dans nos marchés au transport des gros colis ; bref, c'était un « *fort* » de la halle. — En raison d'un état d'alcoolisme invétéré, il ne tarda pas à présenter des accidents spécifiques de la pire espèce, lesquels (comme vous le verrez par la suite de cette histoire) pullulaient et repullulaient sur lui pour ainsi dire *à jet continu*. Simultanément, il fut affecté dans son état général ; il se prit à maigrir, à s'anémier, à se débilitèr. A chacun des nombreux séjours qu'il fit dans nos salles (car, à peine guéri d'une manifestation, il retombait dans une autre), nous étions frappés de ce déclin, de cette consomption progressive et continue. Si bien que, dès la quatrième année de sa maladie, cet homme n'était plus, suivant son expression, que « l'ombre de lui-même ». Il avait « fondu de

moitié », disait-il, et ce n'était que trop vr
165 livres qu'il pesait autrefois, il était des
reliefs musculaires d'autrefois avaient absolu
avaient diminué à proportion. Jadis, il porta
250 livres sur sa tête; actuellement, il pouvait
et encore « à peine avait-il fait quelques pas a
jambes lui manquaient ». Si bien qu'il avait
fession. De plus, sa santé s'était altérée. Il n
quart de ce qui lui était nécessaire autrefo
fois amaigri, anémié et débilité. Visiblemen
cela en dépit de tout ce que nos efforts avai
état de déchéance plus qu'alarmant. Or, pou
phénomènes ne firent que s'exagérer au de
cachexie terminale.

IV. — L'influence nocive de l'alcool sur
souvent dès l'origine même de l'infection, d
syphilis prématurément tertiaires auxquelles
syphilis malignes précoces.

Déjà, dans ce qui précède, nous avons vu
prématurément des syphilides de modalité te
tions diverses plus ou moins sérieuses vers
n'est pas moins capable de donner naissance
localisations, telles que gommes du tissu ce
muqueuses, notamment ulcérations du voile
lésions osseuses, albuminurie, etc.

La statistique démontre même ce fait que
26 p. 100), l'influence de l'alcool sur la syphi
mière année de l'infection. Ainsi, sur les 57 ca
vation particulière, je trouve que le tertiar
aux diverses échéances que voici :

Dès la première année	
Au cours de la seconde année	
— troisième —	
— quatrième —	
— sixième —	
— huitième —	
— neuvième —	
— dixième —	
Au delà	
Total	

L'alcoolisme réalise donc surtout des syph
tiaires.

Et, d'autre part, dans une seconde statistiq
malignes précoces de toute provenance étio

second résultat confirmatif, à savoir : que, sur 239 cas de syphilis de cet ordre, 36 pouvaient être imputés à l'alcool. Proportion : 15 p. 100 environ.

J'ajouterai (mais cela est beaucoup plus rare) que l'influence alcoolique s'est parfois traduite dès les premiers temps de l'infection par des poussées spécifiques de la plus haute virulence ou par le début de lésions phagédéniques très rebelles. De cela je produirai deux exemples.

Premier cas. — Jeune homme de vingt-trois ans, alcoolique. — Chancre en novembre, suivi de roséole. — Dès les premiers jours de mars, invasion brusque d'une poussée spécifique vraiment terrible, sous forme des diverses manifestations suivantes : syphilides *sphacéliques* disséminées, avec prédominance sur le visage ; — vastes ulcérations succédant à la chute des eschares et prenant le caractère phagédénique ; — iritis gommeuse des plus intenses ; — périostites disséminées, extrêmement douloureuses ; — sarcocèle épididymaire ; — accès fébriles ; — altération de la physionomie, pâleur plombée, inappétence, affaissement voisin de la prostration. — Un traitement très énergique par injections de calomel et iodure de potassium parvint à dominer la situation et à faire justice de tous les accidents. Mais, détail curieux à noter, la plupart des cicatrices subirent la dégénérescence chéloïdienne.

Second cas. — Homme d'une trentaine d'années, fortement alcoolique et absinthique. — Syphilis en avril 1874. — Chancre. — Poussée secondaire se produisant six semaines plus tard, sous forme de syphilides malignes ulcéreuses, qui prennent la forme phagédénique. — Énormes cicatrices laissées sur le tronc et les membres inférieurs par ces premiers accidents qui ne durèrent pas moins de deux ans. — D'une façon subintrante, poussée nouvelle de lésions phagédéniques. — Trois foyers de syphilides tuberculo-croûteuses, l'un sur le membre inférieur droit et les deux autres sur les membres supérieurs. — Extension serpigineuse. — Lorsque, deux ans plus tard, je vois le malade, je trouve sur lui : 1° au membre inférieur, énorme ulcération, occupant toute la surface tarso-métatarsienne et la moitié de la plante du pied ; pied bot équin, par cicatrice fibreuse établie sur le tendon d'Achille qui longtemps est resté dénudé ; — 2° sur le membre supérieur gauche, syphilide tuberculo-ulcéreuse géante à modalité excentrique, étalée sur les deux tiers inférieurs du bras et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras ; — 3° sur le membre supérieur droit, syphilide de même nature, plus considérable encore et mesurant presque toute la hauteur du membre, depuis l'épaule jusqu'au poignet !

v. — Enfin, l'alcoolisme est encore susceptible de déterminer (mais ceci d'une façon exceptionnelle, à la vérité) une des pires espèces de syphilis, à savoir la syphilis à poussées multiples, incessantes, simplement entrecoupées par de courtes accalmies, la syphilis toujours en action, la syphilis, si je puis ainsi parler, *à jet continu*.

C'est dans cette forme qu'on voit de malheureux malades présenter coup sur coup, en dépit de tous les traitements, des manifestations spécifiques multiples, ne sortir d'une poussée que pour rentrer dans

une autre, et, somme toute, rester pour des a
active.

Précisons. On a vu de telles syphilis s'ach
pendant quatre, six, huit, dix, treize, quinze
ment aussi on les a vues se terminer par la r

C'est vraiment à n'y pas croire, et il faut
spectacles pour admettre l'authenticité de
blables. — Quelques exemples sont donc ic
fication du lecteur. J'extrais les trois suivant

I. — Une jeune femme, née de père alcooliq
elle-même en raison de sa profession d'*inviteuse*
la syphilis en 1877. — Syphilides secondaires
céphalée.

En 1878 et 1879, nouveaux accidents : syphili
— accouchement d'un enfant syphilitique qui me

En 1881, syphilide tuberculo-ulcéreuse (face et
gauche ; — gomme au pied gauche.

En 1885, nouvelle invasion de syphilides tuberc
et le cuir chevelu. — Durée de deux ans.

En 1887, récidive *in situ* de la syphilide tubercu

En 1888, nouvelle invasion de la même syphil
plus qu'une cicatrice.

En 1889, deux poussées nouvelles *in situ* (mars

En 1890, deux poussées nouvelles (juin et déc
siège.

En 1891, *dixième* poussée de lésions ulcéro-c
crâne.

Non revue.

II. — N..., plombier ; sujet fortement adonné

En 1880, chancre induré. — Syphilide papul
syphilides muqueuses.

En 1882 (mars), syphilides tuberculo-ulcéreuses
fondes. — En août, syphilides gommeuses du nez
tin ; destruction de la luette. — Périostose tibiale.

En 1883, syphilide ulcéro-serpigineuse de la go
des narines.

En 1884, hyperostose considérable de l'humé
vertiges.

En 1886, exostose tibiale.

En 1887, exostose tibiale. — Syphilide gomme

En 1889, exostoses multiples (crâne, tibias, clav

En 1891, nouvelle poussée d'exostoses tibiales,
la jambe droite. — Exostoses craniennes et clavic

En 1892, nouvelles lésions osseuses au tibia d
gauche.

En 1894, récidive d'exostoses aux tibias et à
même année, nouvelle poussée exostosique sur l

Non revu.

III. — Homme très robuste, d'excellente santé antérieure, mais profondément alcoolique.

1881 (janvier). — Chancre induré. — Syphilide papulo-squameuse confluente. — Syphilides muqueuses. — Onyxis multiples. — Mydriase gauche.

1882 (mai). — Syphilides tertiaires. — Ulcérations gommeuses multiples, profuses, quelques-unes considérables comme étendue, et quelques autres véritablement sphacéliques. — Affaiblissement, amaigrissement. — (Juillet.) Onyxis. — Syphilides papuleuses, exfoliatives en larges placards.

1883 (mars). — Poussée nouvelle et surintense de syphilides papulo-tuberculeuses.

1884 (juillet). — Nouvelles syphilides tuberculeuses. — (Octobre.) Gommes multiples. — Syphilides tuberculeuses profuses. — Grand affaiblissement. — Maigreur. — Perte des forces.

1885 (août). — Syphilides tuberculeuses. — Ulcérations gommeuses du cuir chevelu.

1886 (janvier). — Nouvelle poussée de syphilides tuberculo-croûteuses. — Affaiblissement continu.

1887. — Exostoses tibiales. — Syphilides tuberculeuses. — Début de glossite scléreuse.

1889 (mai). — Périostoses tibiales. — Syphilides tuberculeuses. — Deux gommes gangreneuses. — Glossite tertiaire. — (Novembre.) Nouvelles gommes gangreneuses. — Syphilides persistantes. — Affaiblissement et amaigrissement faisant de rapides progrès.

1891 (mai). — Exostoses nouvelles. — Nouvelle poussée de syphilides.

1893. — Exostoses tibiales. — Invasion nouvelle de syphilides tuberculeuses. — Glossite persistante. — Labialite tertiaire. — État presque cachectique.

1894. — Persistance des syphilides. — État cachectique. — Perte des réflexes rotuliens. — Divers symptômes annonçant l'invasion du tabes.

Ultérieurement, cachexie progressive. — Mort.

VII. — **Impaludisme.** — L'impaludisme exerce sur la syphilis une action tout à fait comparable à celle de l'alcoolisme, voire presque égale comme nocivité possible. Seulement il est très rare par rapport à ce dernier. Aussi bien son influence est-elle restée longtemps méconnue, et je crois avoir été le premier à la démontrer par de sérieuses statistiques.

Comme l'alcool, l'infection palustre détermine de « mauvaises syphilis » et, comme lui également, des syphilis prématurément graves. Certes, rien d'étonnant à cela, étant donnée la réaction puissante, étonnante même, qu'elle exerce sur le sang. On sait en effet qu'il suffit d'un seul accès de fièvre pour réduire le nombre des globules de plusieurs centaines de mille par millimètre cube, et que des accès fébriles répétés peuvent en abaisser la proportion au cinquième, au dixième du chiffre normal. Chacun connaît d'ailleurs l'état d'anémie, de langueur, d'affaiblissement, de dépression vitale, etc., auquel aboutit la malaria.

1. — En tout cas, l'observation clinique
moindre doute sur la question. Il est absolu
contrer des syphilis graves, anormalement g
les soldats, les fonctionnaires qui reviennent de
où sévissent les fièvres paludéennes. De là
syphilis exotiques, lesquelles, alors qu'on les
étiologique sérieuse, semblent bien (pour la
devoir leur malignité qu'au paludisme.

J'ai réuni, empruntés à mes dossiers de vil
ayant évolué sur des sujets qui avaient été touch
par le paludisme. Or, sur ces 59 cas, j'en ai tr
s'est manifestée sous des formes plus ou moin
même très graves, en se traduisant par les
voici :

Syphilides cutanées malignes, ulcéreuses, extensi
plusieurs à tendance phagédénique).....
Syphilides de même ordre sur les muqueuses (v
tin, amygdales, lèvres, etc.).....
Onyxis, périonyxis, chute des ongles.....
Gommes.....
Gomme musculaire.....
Lésions osseuses (exostoses, périostoses, pé
gommeuses).....
Iritis, irido-choroïdite.....
Névrite optique.....
Adynamie générale, affaissement, prostration..
Hémiplégie.....
Albuminurie.....
Etc...

Trente-sept cas sur cinquante-neuf, cela do
63 p. 100, c'est-à-dire : *près de deux cas graves*

J'ajouterai que cette gravité s'est montrée co
cas. — Une fois même je l'ai vue aboutir à la n
homme qui avait contracté des fièvres pernic
qui revenait en France dans un état d'épuise
augmenté par la suppuration de nombreux ulc
même, M. le Dr Gémy a relaté un cas dans lequ
cain affecté de paludisme, la syphilis prit d'en
gne, se continua par des syphilides phagédé
ensemble de symptômes généraux comparables
pernicieuse aiguë », puis aboutit à la mort
l'infection (1).

(1) Et cependant, par une contradiction que je ne m'ex
ne croit pas à l'influence nocive du paludisme sur la
je l'ai exposé précédemment, toute la gravité de l
la « qualité de la graine », c'est-à-dire dans la « qualité
curialisée » de la syphilis d'où procède l'infection. (Vo
p. 907.)

II. — En second lieu, de même que pour l'alcool, cette gravité d'emprunt que la syphilis doit au paludisme se révèle le plus souvent d'une façon précoce, à savoir dès les premiers temps de l'infection.

Ainsi, dans les 37 cas que je viens de citer, je n'en compte pas moins de 13 qui ont revêtu la forme de *syphilis maligne précoce*, avec symptômes graves entrant en scène dès la première année, le plus souvent même dès les premiers mois (du second au quatrième, d'après mes notes).

III. — Point curieux et nettement démonstratif de l'influence nocive exercée par le paludisme sur la syphilis : il se peut qu'une attaque de paludisme réveille une syphilis en accalmie, une syphilis assoupie depuis de longues années, et lui imprime aussitôt un essor de malignité. Exemple :

Un jeune homme contracte la syphilis en 1871 et en éprouve immédiatement des accidents sérieux (chancre ulcéreux et syphilides ulcéreuses suivies de cicatrices persistantes). Il se traite ; tout disparaît, et aucun accident ne se reproduit plus jusqu'à 1883, c'est-à-dire pendant douze à treize ans. — A ce moment, il contracte à Panama des fièvres palustres qui prennent la forme pernicieuse. Tout aussitôt, explosion formidable d'accidents spécifiques, revêtant la forme des syphilis les plus malignes : syphilides profuses, criblant le corps d'ulcères, gommes, lésions osseuses, affaissement, anémie, adynamie, etc. On prescrit le rapatriement du malade comme seul moyen de salut. Et, quand ce malheureux jeune homme arrive en France, je le trouve dans un état presque désespéré, cachectique, émacié, épuisé, avec le corps criblé d'ulcérations (au nombre de 41, exactement !), ulcérations creuses, larges, très larges, au point que quelques-unes mesuraient de 15 à 20 centimètres de diamètre. — Traitement spécifique. — Véritable résurrection. — Guérison en deux à trois mois.

Et ce n'est pas tout encore. — Quelques mois plus tard, reprise d'accès palustres.—Et de même alors, presque immédiatement, rentrée en scène de la syphilis, sous une forme grave, à savoir : production, sur une jambe, d'une énorme infiltration gommeuse comprenant à la fois la peau, le tissu cellulaire et le périoste ; suppuration ; tibia dénudé sur une hauteur de 25 centimètres environ et apparaissant sous forme d'un séquestre absolument noir. — Traitement et guérison.

Absence ou insuffisance du traitement spécifique. — En dehors des circonstances précitées, toutes relatives à la personnalité même du malade, il est une condition qui, pour la très grande majorité des cas (je ne dis pas pour tous, qu'on veuille bien le remarquer), régit le pronostic de la maladie. Cette condition, c'est le traitement et, bien entendu, le traitement spécifique.

festations tout aussi légères. Nombre de nos malades sont quittes à ce prix de la vérole, alors même qu'on les observe de longues années après le début de l'infection. Je compterais par milliers, pour ma seule part, ceux que j'ai vus ainsi relativement épargnés par la diathèse, grâce à un traitement convenablement suivi. Et il n'est pas de médecin qui n'ait en souvenir quantité de cas où ses malades en ont fini avec la vérole à tout aussi bon marché.

Chez les syphilitiques traités, les accidents sérieux ou graves sont chose rare. On ne compte certainement pas 5 malades sur 100 qui, en dépit d'un traitement méthodique et prolongé, soient sérieusement affectés par la diathèse.

Et c'est même là — soit dit incidemment — la raison qui rend la vérole que nous voyons *en ville* si différente de celle que nous observons *à l'hôpital*. A l'hôpital, la vérole, même dans ses formes secondaires, est affreuse, immonde. Ici, les manifestations que nous apportent souvent nos malades à leur entrée dans nos salles sont véritablement hideuses, révoltantes, voire parfois plus ou moins graves. La vérole de ville, celle de la clientèle privée, a une physionomie tout autre. Elle se présente sous un aspect cent fois plus bénin. Jamais, par exemple, vous ne rencontrerez chez une femme du monde cette syphilide muqueuse papulo-hypertrophique que nous voyons si souvent ici couvrir la vulve et les régions péri-vulvaires d'énormes tumeurs végétantes, excoriées, ulcéreuses et fétides. De même, réserve faite pour quelques cas assez rares, jamais vous ne verrez dans votre clientèle la syphilis affecter cette incroyable multiplicité de formes et de phénomènes que vous observez fréquemment à l'hôpital. Or, pourquoi ces différences? C'est que la plupart des malades de ville, à la première apparition de leur mal, accourent chez un médecin; c'est qu'ils ont soin de leur personne, c'est qu'intelligents et soucieux d'eux-mêmes, ils comprennent la nécessité de se traiter et *se traitent*, les uns très bien, les autres d'une façon passable, écourtée, mais suffisante du moins pour atténuer les manifestations de la diathèse. Tandis qu'au contraire les sujets, hommes ou femmes, qui composent le public des salles d'hôpital *ne se soignent pas*, n'arrivent à nos consultations qu'à la dernière extrémité, laissent le mal évoluer sur eux à loisir, et finissent par aboutir à ces formes graves d'accidents qui sont le résultat complexe de la maladie, de la négligence, de la misère, de l'absence absolue d'hygiène et de traitement.

Je viens de dire ce qu'est la syphilis traitée. Parallèlement, voyons ce qu'est la syphilis abandonnée à son évolution propre.

Non traitée, la syphilis devient, sinon toujours, au moins le plus souvent, sérieuse et redoutable. C'est alors qu'elle multiplie ses coups, c'est alors qu'elle se prodigue en accidents de tout genre, de tout siège, de toute gravité, c'est alors qu'elle détermine des lésions

point d'être presque inintelligible ; — régurgitation nasale des aliments et des liquides.

Cette autre femme a gagné la syphilis de son mari il y a sept ans. Le mari, pour dissimuler sa faute, ne fit pas traiter cette malheureuse, croyant, nous a-t-il dit, que « cela ne serait rien ». Survinrent quelques accidents secondaires auxquels on ne prêta pas plus d'attention. Puis, en avril dernier, invasion de cette horrible syphilide tuberculo-ulcéreuse, laquelle (je puis le dire à présent que cette malade ne nous écoute plus) laissera à sa suite de profondes cicatrices et défigurera cette femme, encore fort jolie, paraît-il, il y a quelques mois.

Troisième exemple : Un tout jeune artiste prend la syphilis il y a deux ans. *Sur l'avis d'un médecin* (!) il ne se traite pas. Il éprouve alors coup sur coup divers accidents spécifiques qu'il laisse toujours sans traitement. Survient plus tard une hémiplégie, évidemment et exclusivement imputable à la syphilis. De même encore, pas de traitement. Résultat : L'hémiplégie subsiste avec contracture, et le malade reste infirme de tout son côté droit. « Infirme à vingt ans ! Autant vaudrait la mort », me disait lui-même ce pauvre jeune homme.

Une quatrième malade, que nous avions récemment dans nos salles, contracte une syphilis qui devient assez sérieuse, et se traite assidûment par l'homœopathie, c'est-à-dire ne se traite pas. Des syphilides muqueuses, des douleurs de tout genre, des périostites et d'autres accidents se succèdent ; l'homœopathie conserve toujours les préférences de la malade. Finalement, il se produit une irido-choroïdite double et une syphilide gommeuse du voile du palais. Le voile se crève et se détruit entièrement ; un des yeux s'atrophie, et c'est à peine si l'autre (où l'ophthalmoscope nous a montré des lésions évidemment syphilitiques) a pu être amélioré quelque peu par le traitement spécifique intervenu trop tardivement.

Dernier exemple, celui-ci emprunté à ma clientèle de ville : Une enfant, la fille d'une très honorable famille, contracte la syphilis à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache. On méconnaît le mal tout d'abord ; plus tard on en méconnaît la gravité, et le traitement antisyphilitique, institué par un de nos confrères, n'est suivi que quelques semaines. Cinq ans plus tard, gomme du voile palatin et nécrose des os du nez. Le voile se perfore et le nez s'écroule.

Toutefois, cela dit sur les immenses bienfaits du traitement spécifique dans la syphilis, n'allons pas dépasser la mesure et, dans un emballement admiratif, nous représenter le mercure et l'iodure comme deux maîtres souverains qui régentent la maladie à leur guise. S'il fallait en croire certains de nos confrères, rien de ce qui appartient à la vérole ne résisterait au traitement spécifique, et tout ce qui est syphilitique devrait nécessairement et infailliblement guérir sous

gnité, sans pouvoir découvrir la moindre raison à cette malignité. Vainement, en pareil cas, s'efforce-t-on de fouiller dans le passé et l'état actuel, d'interroger les antécédents personnels ou héréditaires, de rechercher les conditions quelconques susceptibles d'avoir pu compliquer la syphilis d'un élément nocif étranger, on ne trouve *rien*, absolument rien qui soit de nature à élucider le problème, et, finalement, on reste en face de ceci : *syphilis grave sans raison d'être grave*. Aussi bien mes cartons ne sont-ils que trop riches en observations portant l'étiquette suivante : « Syphilis intense ou maligne; pas de facteur appréciable de malignité. »

Et, cependant, il faut bien que de telles syphilis aient eu une raison, un pourquoi, pour être ce qu'elles ont été; il faut bien qu'elles aient eu un facteur quelconque de gravité, car, en pathologie comme en toutes choses, le simple hasard n'est pas de mise et tout phénomène a sa cause.

De là, conséquemment, cette conclusion nécessaire : que des conditions encore INCONNUES de nous président parfois à la qualité d'une syphilis pour la rendre ou grave ou maligne, et que ces conditions sont à rechercher par un supplément d'enquête.

Pronostic prévisionnel de la syphilis. — Tout cela posé, revenons maintenant à la question qui a servi de point de départ au long exposé qui précède, à savoir celle du pronostic prévisionnel de la syphilis.

Étant donnée une syphilis qui vient de naître, nous est-il permis de présager ce qu'elle sera, c'est-à-dire de la préjuger faible ou forte, bénigne ou maligne, dans l'avenir qui s'ouvre devant elle?

Eh bien, NON, rigoureusement non, nous ne sommes pas en mesure d'émettre une prophétie de ce genre. Nous ne savons absolument pas ce que contient en germe cette syphilis qui vient de naître, et son avenir est pour nous couvert d'un voile.

Cependant sommes-nous vis-à-vis de cette syphilis dans la situation d'un explorateur qui part pour un pays absolument inconnu, et qui n'a par devers lui aucun moyen de se rendre compte ni des ennemis ni des difficultés multiples qu'il va affronter? Non, encore, et loin de là même. Car, tout au moins, disposons-nous et d'un acquis scientifique qui nous a fait connaître le mal que nous avons à combattre, et de certaines présomptions qui, d'une façon générale ou individuelle, nous autorisent à préjuger ce qu'il pourra être en l'espèce. Ainsi :

Tout d'abord, à la façon dont la syphilis en question vient de s'annoncer, nous pouvons prévoir à peu près sûrement ce qu'elle va être dans un avenir *prochain*. Que si elle a débuté par un chancre de modalité bénigne, il y a presque certitude pour que l'invasion

est permis de préjuger ce que peut être une syphilis donnée, et d'en individualiser ainsi le pronostic.

Mais, cela dit, n'allons pas exagérer la valeur de ce pronostic prévisionnel basé sur les considérations que je viens d'énoncer. Gardons-nous surtout de prendre ces considérations pour infaillibles, non plus que pour suffisantes en l'espèce. Car, de par expérience, en dehors et au-dessus de toutes les prévisions rationnelles qu'on peut tirer des conditions propres à l'individu comme aussi des conditions de traitement, la syphilis est parfois grave ou légère sans qu'on puisse en déterminer le pourquoi. Très certainement, un élément *inconnu* préside souvent à ses destinées pour lui conférer soit une bénignité, soit une malignité particulière, l'une et l'autre également inexplicables. En un mot, il y a toujours, dans le pronostic prévisionnel de la syphilis, à réserver ce que j'appellerai **la part de l'inconnu**.

De là, de nombreuses irrégularités ou anomalies apparentes dans le rapport qui semblerait devoir proportionner la qualité d'une syphilis à ses conditions pronostiques individuelles. Ainsi, on rencontre parfois des syphilis dont la gravité ou la malignité n'est expliquée par quoi que ce soit ; et, réciproquement, on voit des syphilis rester bénignes alors qu'elles auraient tous motifs pour devenir graves. Comme exemples de cette dernière éventualité, je citerai les deux cas suivants :

Je traite depuis longtemps pour la syphilis un jeune homme chétif et malingre, maigre, anémique et, de plus, franchement tuberculeux pulmonaire. Or, sa syphilis a toujours conservé une forme des plus bénignes.

Au début de ma carrière, j'ai donné mes soins pour la syphilis à un sujet débilité, amaigri, frêle et surtout ultra-nerveux. Or, ce malade, dont je suis resté le médecin, a eu l'existence la plus turbulente qui se puisse imaginer, la plus accidentée par toutes sortes d'émotions, de commotions, de revers, de catastrophes, etc. La syphilis aurait eu beau jeu, certes, pour s'en prendre à un système nerveux aussi prédestiné et aussi fortement ébranlé ; eh bien, contrairement à toute prévision, elle l'a toujours laissé indemne.

D'autre part, il n'est pas rare qu'une syphilis, après avoir débuté sous les pires formes, rentre dans la normale à un moment donné et ne produise plus rien de grave. Ainsi, deux de mes clients, grands viveurs et alcooliques émérites, ont commencé leur syphilis, l'un par une syphilide maligne qui lui a dévasté le visage, et l'autre par une hémiplégie (survenue dès le cinquième mois). Puis au delà (grâce sans doute au traitement, à la vérité) ils n'ont plus été éprouvés par le moindre incident d'ordre spécifique.

Inversement, et ceci est à la fois bien plus commun et bien plus essentiel à noter pour la pratique, il est quantité de syphilis *qui*

TABLE DES MATIÈRES

Définition. — Caractéristique générale de la syphilis. — Évolution en trois périodes : période *primaire* ; — période *secondaire* ; — période *tertiaire*..... 1
Dénomination..... 4
Comment la syphilis pénètre-t-elle dans l'organisme ? — Quatre modes..... 5

SYPHILIS ACQUISE.

Contage syphilitique et contagion syphilitique. — Où réside ce contage ? — Confrontations. — Expérimentations sur l'homme sain. — Le contage existe-t-il dans les manifestations d'ordre tertiaire ? — Persiste-t-il indéfiniment dans le sang ? — Les accidents secondaires sécrétants conservent-ils indéfiniment le pouvoir contagieux, à quelque époque de la maladie qu'ils viennent à se produire ?..... 7
Modalités variables de la contagion syphilitique. — Contagion médiate..... 18
Éclosion et premières étapes de la syphilis. — *Lois d'évolution*..... 21
Question des syphilis d'emblée..... 24

PÉRIODE PRIMAIRE.

Chancre et bubon satellite.

CHANCRE SYPHILITIQUE.

Synonymie. — Caractères anatomiques. — Caractères cliniques. — Chancre expérimental. — Chancre de contagion..... 27
Description du chancre dans son type usuel. — Caractères d'étendue, de configuration, de couleur, de fond, de bords, etc.
Induration. — Deux formes d'induration : induration nodulaire et induration lamelleuse ; — celle-ci comportant deux degrés : induration parcheminée et induration foliacée. — Comment rechercher l'induration ? — Que devient l'induration au moment et au delà de la période terminale du chancre ? — Évolution. — Durée..... 32
Caractère dominant de la lésion primitive de la syphilis ou chancre syphilitique : *Bénignité*..... 43

BUBON SATELLITE.

Caractère *constant* de l'adénopathie symptomatique du chancre. — Siège. — Adénopathie centripète. — Échéance d'apparition..... 44
Symptomatologie. — Caractères usuels d'aphlegmasie, d'indolence, de dureté, de multiplicité ganglionnaire. — (Pléiade de Ricord. — Évolution. — Résolution spontanée..... 48
Variétés. — Variétés de développement (adénopathie faible, adénopathie

— Contagions médiates. — Contaminations professionnelles. — Contaminations dérivant de l'allaitement.
1° Chancres labiaux. — Types divers. — Diagnostic différentiel avec épithélioma labial 135
2° Chancres de la langue. — Diagnostic différentiel. — Glossite dentaire. — Ulcère tuberculeux 139
3° Chancres de la gencive 142
4° Chancres du palais, du voile palatin, des piliers et de la muqueuse génienne 143
5° Chancres de l'amygdale. — Trois formes principales : forme érosive ; — forme ulcéreuse ; — forme angineuse. — Variété diphthéroïde. — Variété gangreneuse 143
6° Chancres du pharynx 149

II. Chancres des narines et de la pituitaire 150
III. Chancres de l'œil. — Étiologie. — Chancre palpébral. — Chancre du bord ciliaire. — Chancre conjonctival 150
IV. Chancres du visage. — Étiologie. — Contamination par le rasoir. — Types divers. — Types hypertrophiques. — Diagnostic différentiel : Épithéliome ; — Sycosis 155
V. Chancres de l'oreille 162
VI. Chancres du cuir chevelu 162
VII. Chancres du cou, du tronc et des membres. — Étiologie. — Contagions directes ; contagions médiates. — Formes cliniques 162
VIII. Chancres du sein. — Étiologie. — Type usuel. — Variétés : chancre fissuraire ; — chancres multiples herpétiformes 172
IX. Chancre vaccinal. — Caractères cliniques. — Variétés. — Diagnostic avec vaccine ulcéreuse 177
X. Chancres de la main. — Étiologie. — Chancres digitaux. — Types usuels. — Types anormaux : chancre hypertrophique ; — chancre panaris ; — chancre fongueux 181
XI. Chancres des régions anale, périanale et rectale 188
Pronostic de la syphilis issue des chancres extra-génitaux. — L'extra-génitalité du chancre constitue-t-elle un élément de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre ? 195

Variétés d'évolution.

Chancres d'éclosion synchrone. — Chancres successifs. — Erreurs possibles relativement à ces derniers 197

Complications du chancre.

I. *Accidents inflammatoires*. — Chancre enflammé. — Phimosis. — Balano-posthite. — Paraphimosis. — Vulvite. — Sclérème vulvaire.
II. *Accidents gangreneux*.
III. *Phagédénisme*. — Deux formes : phagédénisme gangreneux et phagédénisme inflammatoire. — Variété : phagédénisme érosif. — Accidents et conséquences. — Pseudo-phagédénisme. — Phagédénisme septique ou infectieux. — Étiologie. — Diagnostic. — Pronostic.
Loi de Bassereau 202

Traitement du chancre et de ses complications.

I. Traitement suppressif, traitement abortif. — Y a-t-il avantage à supprimer le chancre en tant que lésion ? — Y a-t-il avantage à supprimer le chancre quant à ses conséquences ultérieures ? 216
II. Traitement usuel 218
III. Que faire aux indurations posthumes ? 221
IV. Indications résultant de localisations particulières 222
V. Traitement des complications. — Complications inflammatoires. —

Chancres sous-phimosiques. — Balano-posthit
Gangrène et phagédénisme. — Fautes thérapeu

Accidents posthumes du c

Exagération du noyau d'induration. — Chancre *redux*
ment de l'induration .....

PÉRIODE SECONDA

Échéance d'invasion des accidents dits *généraux* o
syphilis. — Quels sont ces accidents ?
Discipline chronologique de la maladie. — Divisio
maladie en trois périodes : **Période primaire ;** —
— **période tertiaire**. — Avantages de cette cl
légitimes critiques qui peuvent lui être adressées.
Caractéristique générale de la période secondaire. —
tertiaire .....
Comment se fait ce qu'on appelle l'explosion second

État général au cours de la pério

Syphilis tolérées. — Syphilis affectant l'état généra
Type asthénique ou nerveux. — Type dénutritif. -
variable de ces troubles généraux. — Dangers indi
tation syphilitique.....

Recherches hématologi

Altérations du sang. — Formes habituelles : diminut
diminution des hématies ; — élévation de nombre
Types divers de l'anémie syphilitique : type de
chloro-anémique ; — type chloro-anémique avec
l'anémie pernicieuse, etc.....
Influence du mercure sur la restauration du sang. —

SYPHILIDES CUTANÉE

Caractères généraux des syphilides. — Caractères
secondaires .....
Division des syphilides secondaires.....

I. — **Syphilides érythémat**

Constitution du genre. — Deux types.....
I. Roséole .....
II. Roséole circinée.....
Variétés.
Diagnostic différentiel : roséole simple; — roséole
versicolor rosé; — pityriasis rosé; — roséole de l'
Roséole à récidives multiples. — Singularité de ce typ
étonnamment répétés.....

II. — **Syphilides papulei**

Constitution du genre. — Papule élémentaire. —
gique. — Division .....
I et II. Syphilide papuleuse et syphilide papul
types constitutifs :

1° Type à papules moyennes : SYPHILIDE PAPULO-SQUAMEUSE LENTICULAIRE. 299
2° Type à petites papules : SYPHILIDE PAPULO-GRANULEUSE ET SYPHILIDE PAPULEUSE PONCTUÉE. — Diagnostic différentiel avec le lichen plan 305
3° Type à grandes papules : SYPHILIDE PAPULEUSE NUMMULAIRE..... 310
4° Type à papules en placards : SYPHILIDE PAPULEUSE EN NAPPE..... 311

Variétés multiples de ces syphilides papuleuses. — Variétés comme développement : papules rudimentaires et papulo-tubercules comme types extrêmes. — Syphilides psoriasiformes. — Syphilides papuleuses circinées (annulaires, arciformes, en arceaux conjugués, en spirale, syphilides circinées concentriques, syphilides circinées à centre maculeux, etc.). — Syphilide papuleuse groupée ou en bouquet ; — syphilide à groupement circiné ; — syphilide papuleuse en corymbe..... 312
Variétés de siège : papule à rhagade ; — syphilide papilliforme, verrucoïde ou végétante. — **Syphilide palmaire et plantaire.** — Type lenticulaire. — Type en nappe. — Type circiné. — Type corné. — Variétés digitales..... 316
Diagnostic des diverses formes de la syphilide papulo-squameuse. — Psoriasis. — Exanthèmes syphiloïdes palmaires et plantaires. — Exanthème palmaire de l'antipyrine..... 324

III. SYPHILIDE PAPULO-ÉROSIVE (plaques muqueuses de la peau)..... 335
IV. SYPHILIDE PAPULO-CROÛTEUSE. — Types divers à dénominations multiples. — Réforme nécessaire de nomenclature. — Syphilide herpétiforme. — Syphilide acnéiforme. — Syphilide impétigineuse..... 335

III. — Syphilide ulcéreuse superficielle.

Caractère constitutif : processus ulcéreux. — Syphilide ecthymateuse. —

Variété hémorrhagique ; — variété végétante ou papillomateuse..... 343
Résumé. — Comment les variétés infiniment multiples des syphilides secondaires peuvent être ramenées à trois types : type érythémateux, type papuleux, type ulcéreux. — Avantages d'une nomenclature simplifiée de la sorte. 350

Diagnostic général des syphilides secondaires..... 351

Syphilides secondaires malignes.

Tro types principaux :

1° SYPHILIDE PAPULO-TUBERCULEUSE. — Variétés : syphilide papulo-tuberculeuse annulaire ; — syphilide papulo-tuberculeuse hémorrhagique... 354
2° SYPHILIDE PAPULEUSE EXFOLIATRICE..... 358
3° SYPHILIDE PAPULEUSE NIGRICANTE..... 359

Syphilide pigmentaire.

Type usuel ou réticulaire. — Variété dite à lunules. — Mélanodermies atypiques. — Leucomélanodermies.

Pourquoi cette syphilide pigmentaire rentre dans le cadre des affections parasyphilitiques..... 361

Reliquats des syphilides secondaires. — **Leuco-atrophie cutanée**..... 374

Traitement des syphilides secondaires. — Médication générale. — Traitements topiques..... 378

Onyxis et périonyxis.

Groupe complexe des onyxis. — Onyxis craquelé. — Décollement partiel de l'ongle. — Décollement total. — Pachyonyxis. — Elconyxis..... 393
Périonyxis sec. — Périonyxis inflammatoire. — Périonyxis ulcéreux. 397

Diagnostic. — La plaque muqueuse a-t-elle quelque attribut propre, spécial ?
Diagnostic différentiel : Érosions simples, inflammatoires ou autres ; — herpès buccal ; — herpès récidivant buccal ; — aphthe ; — hydroa buccal ; — glossite exfoliante marginée ; — perlèche ; — lésions mercurielles ; — érosions ou ulcérations d'origine dentaire..... 490
Traitement. — Médication interne n'exerçant sur ces accidents qu'une action des plus lentes. — Résultats bien plus hâtifs obtenus de la médication externe. — Cautérisations. — De quel caustique faire choix ? — Indications et contre-indications du nitrate de mercure et du nitrate d'argent. — Accidents de pratique à conserver en souvenir. — Cautérisations fractionnées. — Hygiène buccale. — Gargarismes, collutoires, etc..... 504
Dysphagie syphilitique secondaire..... 512

Syphilides ou parasyphilides leucoplasiformes de la bouche.

Existence indéniable d'une leucoplasie secondaire. — Caractères cliniques de cette leucoplasie. — Types divers. — Évolution. — Résistance au traitement spécifique. — Diagnostic différentiel avec : plaques muqueuses diphthéroïdes ; — leucoplasie nicotique ; — énanthème buccal du lichen plan. — Traitement. — Vraisemblablement, cette leucoplasie rentre dans le cadre des affections parasyphilitiques..... 513

Syphilis secondaire du larynx.

Formes diverses. — 1° Érythème laryngé. — 2° Plaques muqueuses. — 3° Laryngite hyperplasique. — 4° Laryngite ulcéreuse.
Évolution. — Pronostic. — Traitement. — Indication formelle des injections de calomel dans les cas menaçants..... 522

Syphilides muqueuses des narines et de la pituitaire ; — de l'œil ; — de l'oreille ; — du sein ; — de l'aisselle ; — de l'ombilic ; — des orteils. — Traitement..... 530

Indurations secondaires.

Syphilides indurées. — Erreurs diagnostiques pouvant dériver de ces indurations secondaires. — Pseudo-chancres indurés de récidive.
Signification clinique de l'induration en syphilis..... 536

Métamorphoses du chancre in situ.

Transformation du chancre en plaque muqueuse. — Importance autrefois attribuée à cette modification objective. — Ancienne doctrine de la plaque muqueuse primitive..... 540

ADÉNOPATHIES ET LYMPHANGITES SECONDAIRES.

Échéance d'apparition.
Adénopathies. — Sièges. — Prédilection singulière de la syphilis pour certains groupes ganglionnaires. — Pathogénie. — Formes cliniques : 1° Forme usuelle. — 2° Forme confluente (glandage secondaire). — Prétendu rôle de protection attribué à ces adénopathies pour la défense de l'organisme. — 3° Forme strumeuse (écrouelles secondaires)..... 544
Lymphopathies secondaires. — Lymphangite secondaire génitale. — Pseudo-chancre lymphangitique..... 556

AFFECTIONS SECONDAIRES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR.

I. Système osseux. — Échéances d'apparition. — Étiologie. — Localisations. — Formes morbides :

1° Périostite.
2° Périostose.
3° Ostéalgie.

Céphalée osseuse. — Sternalgie. — Pleurodynie. — Péri

II. Articulations. — Trois modalités de manifes arthralgie ; — hydarthrose ; — arthropathie pseud

Diagnostic différentiel entre le rhumatisme syphilitique gaire.....

III. Synoviales tendineuses. — Deux formes : hydr nes tendineuses ; — ténosites ou synovites ten frustes.

Hygroma secondaire.....

IV. Muscles. — Déterminations multiples et diverse

1° Myosalgies.

2° Contracture musculaire. — Contracture secondai — Pathogénie.

3° Myosite.

4° Affaiblissement, débilité musculaire. — Explorat — Degrés. — Durée.

5° Amaigrissement musculaire, amyotrophie.

6° Tremblement musculaire.

Troubles associés du système locomoteur. — **Pseudo-r litique.**

Phénomènes douloureux de localisation indéterminable : que ; — douleurs secondaires ; — engourdissement no paroxysmes vespérins ou nocturnes.....

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'

I. Paupières. — Syphilides. — Syphilide palpébra

II. Conjonctive. — Conjonctivite secondaire. — Da

III. Cornée. — Kératite de trois formes : kératite interstitielle ; — kératite papuleuse.

IV. Iris. — **Iritis secondaire.** — Étiologie. — Sy de début. — Trois signes dénonciateurs. — Périod iriennes. — Formes. — Évolution. — Terminai Complications choroïdiennes. — Récidives. — I — Trois caractères différentiels : teneur subaiguë lence relative ; — énanthème irien. — Traitemen

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OR

Syphilides du pavillon et du conduit auditif externe.

Obstruction de la trompe d'Eustache.

Otite moyenne purulente.

Surdité foudroyante. — Trois particularités con rapidité d'évolution ; — absence de toute lésion appré tout traitement. — Un seul cas de guérison jusqu'à c

FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Fréquence. — Division.

I. **Fièvre symptomatique.** — Notamment, fièvr

II. **Fièvre essentielle ou fièvre syphilitique** — Échéance d'invasion. — Trois formes cliniques

1° Fièvre intermittente syphilitique. — Caractère — Analogies et différences avec accès palustre. — I

2° Fièvre continue syphilitique. — Durée. — Durée parfois considérable, s'élevant à plusieurs septénaires. — Analogies avec fièvre continue simple. — Diagnostic.

Variété : **Typhose syphilitique.** — Comment ce type réalise parfois l'aspect clinique de la fièvre typhoïde. — Diagnostic.

3° Forme déréglée, atypique 621

ACCIDENTS NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Forme nerveuse de la syphilis secondaire. — Sa prédominance chez certains sujets et tout particulièrement chez la femme. — Manifestations multiples, des plus variées et parfois des plus bizarres. — Division 642

I. **Céphalée.** — Type continu avec exacerbations; type intermittent. — Durée. — Traitement 644

II. **Troubles du sommeil.** — Insomnie essentielle secondaire 648

III. **Asthénie nerveuse secondaire.**

1° Asthénie musculaire. — Diminution des forces. — Débilité et courbature musculaire.

2° Asthénies splanchnique, circulatoire, digestive, nerveuse, nutritive.

3° Asthénie générale. — Type de la femme accablée, aplatie, « *éreintée* » par la syphilis.

Durée de ces curieux phénomènes 649

IV. **Douleurs névralgiformes** et **névralgies.** — Siège. — Types usuels (névralgies sus-orbitaire, intercostale, sciatique). — Types rares. — Isolées, ces névralgies sont souvent méconnues comme nature. — Traitement 653

V. **Névrites et polynévrites secondaires.**

1° Névrites. — Symptômes constitutifs. — Localisations. — Névrite du cubital. — Névrite du sciatique.

2° Polynévrites. — Types divers. — Parésie des membres supérieurs, des membres inférieurs, des quatre membres. — Exemples cliniques 657

VI. **Troubles de la sensibilité générale.** — Modalités cliniques diverses.

Analgésie secondaire. — Forme de beaucoup la plus importante. — Variétés de siège et d'étendue. — Prédilection singulière pour deux régions : région mammaire et région dorso-métacarpienne. — Durée. — Nature. — Raisons multiples tendant à démontrer que cette analgésie n'est pas imputable à l'hystérie et procède directement de la syphilis. — Diagnostic différentiel entre l'analgésie hystérique et l'analgésie secondaire de la syphilis 664

VII. **Tremblement musculaire** 670

VIII. **Surexcitation ou réveil de névroses antérieures. — Genèse de névroses.**

I. La syphilis secondaire se traduit quelquefois par la stimulation ou le réveil de certaines névroses préexistantes. — Hystérie. — Épilepsie.

II. La syphilis secondaire peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle.

Hystérie secondaire.
Épilepsie secondaire 676

IX. **Névroses du système sympathique.**

I. Troubles de caloricité. — Algidités périphériques. — Sensation générale de froid. — Troubles circulatoires connexes. — Pathogénie.

II. Hyperidroses secondaires 691

SYPHILIS SECONDAIRE SPLANCH

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

Dyspnée secondaire.....
Pleurésie secondaire.....

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Palpitations.....
Tachycardie.....
Arythmies cardiaques.....

Phlébite secondaire. — Siège usuel : veines superfici
plus spécialement, saphène interne. — Symptômes. —
Évolution. — Durée. — Diagnostic.....

SYSTÈME DIGESTIF ET ANNEXES.

Troubles dyspeptiques et gastralgiques.....
Entéralgie secondaire.....
Entérite secondaire. — Entérite ulcéreuse. — Cette ent
rait-elle servir d'interprétation pathogénique à la typ
Crises de vomissements.....
Troubles de l'appétit. — 1° Diminution de l'appétit. —
forme secondaire. — 3° Exagération morbide de l'a
secondaire. — Étiologie. — Symptômes. — Épiphén
association possible entre la boulimie et la fièvre syph
Pronostic. — Traitement.....

SYPHILIS SECONDAIRE DU F

I. **Ictère secondaire bénin**.....

II. Formes graves de l'ictère secondaire. — **Ictère gr**
terminaisons. — Discussion à propos de cet ictèr
cifique. — Conclusions : 1° Il n'est pas douteux que
puisse réaliser le complexus morbide qui a sa c
déchéance et la destruction rapide de l'élément ce
plexus actuellement désigné sous le nom d'ictère
les syndromes hépatiques graves qui se produisent
lis secondaire et qui semblent dériver de l'influ
syphilis ne sont pas invariablement imputables au
bien que présentant parfois un haut degré de gra

L'ictère grave secondaire peut-il être considéré comm
syphilitique?.....

RATE.

Splénomégalie secondaire.....

REIN.

Néphrite secondaire.

Importance considérable de cette manifestation. — Échéa
Extraordinaire précocité de développement en quelque
— Trois particularités assez habituelles : grande qua
rapidité singulière d'évolution; — échéance précoce de
— Terminaisons. — Pronostic. — *Fréquence des termi*
Variétés. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. —

SYPHILIS SECONDAIRE DU SYSTÈME REPRODUCTEUR.

I. Chez l'homme : **Épididyme secondaire.** — Variétés. — Diagnostic. 741
II. Chez la femme :
Leucorrhée. — Névralgie utérine. — Troubles menstruels.
Fonctions de reproduction. — Réaction de la grossesse sur la syphilis. — Réaction bien autrement importante de la syphilis sur la grossesse..... 743

INFLUENCE ABORTIVE OU FŒTICIDE DE LA SYPHILIS.

Cette influence est susceptible de s'exercer dans *toutes* les conditions qui peuvent présider à la transmission des géniteurs au produit de conception. — Statistiques..... 751
Apogée de cette influence pernicieuse au cours de la période secondaire. — Maximum de nocivité dans la première année de l'infection. — Décroissance au delà. — Action atténuante du temps..... 755
Est-il quelque forme de la maladie qui expose plus spécialement la grossesse à une terminaison fâcheuse, notamment à l'avortement?..... 758
Une syphilis antérieure à la conception expose-t-elle plus à l'avortement qu'une syphilis postérieure à la conception?..... 759
Influence corrective, neutralisante, du traitement..... 760
Conclusions pratiques..... 763

Du traitement mercuriel au cours de la grossesse.

Doctrine ancienne : Ne pas traiter les femmes syphilitiques en état de grossesse. — Réaction bienfaisante inaugurée par Mauriceau. — Trois griefs opposés au traitement mercuriel pendant la gestation. — Doctrine actuelle : le traitement constitue la meilleure sauvegarde pour l'enfant..... 764
La syphilis est-elle l'origine de quelque complication relativement à l'accouchement et aux suites de couches? — De l'avortement syphilitique..... 768
Réciproquement, l'accouchement exerce-t-il quelque influence sur l'évolution et l'allure de la syphilis?..... 770

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL.

La période secondaire est-elle fatale, obligatoire, dans l'évolution de la philis?..... 773
La syphilis secondaire est-elle toujours semblable à elle-même d'un sujet à un autre?..... 774

Formes diverses de la syphilis secondaire.

I. Forme moyenne ou commune..... 777
II. Forme légère. — Forme abortive..... 777
III. Forme sévère..... 779
IV. Forme nerveuse..... 779
V. Forme légère à récidives..... 780

DIAGNOSTIC.

Ses bases en l'espèce. — Le diagnostic de la syphilis réside moins dans l'appréciation d'un symptôme que dans la notion d'un *ensemble* morbide et d'une *évolution* morbide..... 783
Difficultés possibles de ce diagnostic. — Ses difficultés spéciales chez la femme. — Symptômes propres et symptômes communs. — Comment ces derniers constituent souvent un véritable écueil diagnostique. — Absence d'antécédents spécifiques. — Dénégations mensongères, etc. — La vérole, d'ailleurs, peut être niée et ignorée de bonne foi..... 786

QUESTION DES SYPHILIS IGNO

Authenticité de ces syphilis ignorées. — Comment u
éprouvé divers accidents de syphilis sans se douter c
— Raisons diverses expliquant ce fait : bénignité de
extra-génitalité de la contagion ; — ignorance des sy
maladie ; — considérations morales ; — dissimulation n
ples de syphilis restées inconnues sur des médecins..
Degré de fréquence de ces syphilis ignorées. — Fréquen
le sexe et les milieux sociaux.....

PRONOSTIC.

Dangers *directs* et dangers *indirects* de la maladie. — I
niers. — La syphilis constitue souvent une cause d'agg
de malignité pour les maladies incidentes. — Elle exal
bide, en infériorisant les forces de résistance de l'or
Fréquence des affections dites *parasyphilitiques*. — R
toute la syphilis que les affections parasyphilitiques
rale, etc.).....

Pronostic actuel et pronostic d

C'est dans l'étape tertiaire que réside la gravité vraie
l'intérêt capital de la question relative au diagnostic pré

DIAGNOSTIC PRÉVISIONNEL DE LA

Divers signes proposés comme pouvant servir de présa
syphilis : provenance de la contagion ; — durée de
tères du chancre ; — caractères de la première poussé
tères des poussées ultérieures, etc. — **Loi de Basse**
plique qu'un rapport entre la qualité du chancre et l'
engager en rien un avenir éloigné. — Inanité des d
sionnels. — En tout cas, la bénignité initiale d'une s
rien une immunité d'avenir. — Témoignages clinique
Les conditions qui impriment à certaines syphilis une g
vent-elles du germe originel ou de la personnalité d
de la graine. — Théorie du terrain.....

FACTEURS DE GRAVITÉ DE LA S

Diverses conditions peuvent jouer vis-à-vis de la syph
tances aggravantes, à savoir :

I. Conditions d'age. — Gravité de la syphilis aux
— Syphilis infantile. — Syphilis sénile. — Cach
table sidération vitale résultant parfois de la sy
syphilis séniles devenues mortelles dès les premi
II. Conditions de santé, de constitution, de tempé
III. Prédispositions héréditaires.....
IV. Influences dépressives de tout ordre (misère, s
irrégularités de vie et d'habitudes, causes m
rieures, etc).....
V. Scrofulo-tuberculose.....
VI. Alcoolisme. — Réaction particulièrement noc
la syphilis. — Modalités multiples et variées
cette influence.....

VII. Impaludisme. — Statistique. — Plus de deux cas graves sur trois pour les syphilis compliquées d'impaludisme..... 841

VIII. — Facteur extrinsèque : Absence ou insuffisance du traitement spécifique. — D'une façon presque générale, la syphilis se montre légère ou grave suivant qu'elle est ou non traitée. — Parallèle entre les syphilis traitées et les syphilis non traitées. — Bienfaits du traitement; désastres dérivant de l'expectation..... 843

Lacunes du sujet. — Très certainement les conditions aggravantes de la syphilis sont loin d'être toutes connues.

De là, réserves imposées quant au pronostic prévisionnel de toute syphilis. — *Impossible de préjuger ce que deviendra une syphilis qui vient de naître.*

Pour l'énorme majorité des cas, le tertiarisme dérive de syphilis originairement bénignes.

Déductions relatives au traitement de la syphilis..... 848

8122-98. — Corbeil. — Imprimerie Ed. Crété.

N33 Fournier, A. 87749
F75 Traité de la syphilis.
v.1
~~1898~~

NAME	DATE DUE

ATTIC

ATTIC